المملكة العربية السعودية

معهد الإدارة العامة

مركز البحوث

تخطيط الخدمات الصحية

تأليف

ريتشارد ك. توماس

ترجمة

أ. سهير عبدالرحمن هجرس

راجع الترجمة

أ. د. فريد توفيق نصيرات

بسم الله الرحمن الرحيم



مركز البحوث

تخطيط الخدمات الصحية

تأليف
ريتشارد ك. توماس

ترجمة
أ. سهير عبدالرحمن هجرس

راجع الترجمة
أ. د. فريد توفيق نصيرات

١٤٣٦هـ - ٢٠١٥م

بطاقة الفهرسة

ح معهد الإدارة العامة، ١٤٣٦هـ.

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر.

تخطيط الخدمات الصحية

ريتشارد ك. توماس؛ سهير عبدالرحمن هجرس؛ فريد نصيرات - الرياض، ١٤٣٦هـ.

٥٠٠ ص؛ ١٧ × ٢٤ سم.

ردمك: ١-٢٣٦-١٤-٩٩٦٠

١- التخطيط الصحي ٢- الخدمات الصحية
أ. هجرس، سهير عبدالرحمن (مترجم)

ب. نصيرات، فريد (مراجع) ج. العنوان

ديوي ٣٥٠,٨٤١ ١٤٣٦/٥٦٨٤

رقم الإيداع: ١٤٣٦/٥٦٨٤

ردمك: ١-٢٣٦-١٤-٩٩٦٠

هذه ترجمة لكتاب

Health Services Planning

Second Edition

Richard K. Thomas, Ph. D.

Kluwer Academic / Plenum Publishers

المحتويات

الصفحة

الصفحة

الصفحة

الصفحة

تمهيد:

تمثل الهدف من كتاب «تخطيط الخدمات الصحية» منذ بداية نشره عام ١٩٩٩ في سد الفجوة في أدبيات تخطيط الخدمات الصحية. كما جاء نشر هذا الكتاب استجابةً للتطورات التي شهدها المجتمع الأمريكي بصورة عامة، ومجال الرعاية الصحية بصورة خاصة، والتي أوجدت حاجة ملحة للسعي من أجل الوصول إلى قدر ولو بسيطاً من التخطيط الصحي. لقد شهدت فترة التسعينيات من القرن العشرين تشرذماً متواصلاً لنظام الرعاية الصحية الحكومية إلى جانب ظهور تحديات جديدة مثل عودة ظهور الأمراض المعدية التي ظلت كامنة لفترات طويلة. وكانت الأعداد المتزايدة من الأشخاص الذين لا يتمتعون بالتغطية التأمينية تمثل تهديداً بإلحاق الضرر البالغ بقدرتنا على تقديم الرعاية، كما أن إغلاق العديد من المستشفيات وإفلاس عدد كبير من منظمات الرعاية الصحية أثبت أن هناك افتقاراً إلى التخطيط للمتطلبات المستقبلية.

ومنذ ذلك الحين ازداد تدهور الأوضاع في الولايات المتحدة من عدة نواح، وهو ما جعل الحاجة إلى التخطيط الصحي أكثر إلحاحاً. كما كانت هناك أوجه قصور خطيرة في مجال الصحة العامة بالإضافة إلى فقدان مستشفيات «شبكة الأمان» للقدرة على التعامل مع الطلب الهائل على خدماتها. ذلك فضلاً عن أن برنامج المساعدة الطبية «الميديكيد» يواجه تحديات كبيرة، كما ازدادت الشكوك في قدرته على الصمود في وجه التحديات لفترة طويلة. ذلك بالإضافة إلى التهديدات بهجوم إرهابي عبر استخدام الأسلحة البيولوجية، ناهيك عن محدودية فعالية نظام البيانات الصحية العامة، وبذلك فقد كان الوضع على وشك أن يكون كارثياً. ومؤخراً حاولت المؤسسات الفيدرالية وتلك التابعة للولايات الأمريكية أن «تخطط» لمواجهة احتمال وقوع هجوم نووي أو بيولوجي أو كيميائي، إلا أن مثل هذه الجهود تفتقر إلى الاتساق على مستوى الولايات المتحدة.

وتجدر الإشارة إلى أن التقارير التي تشير إلى الافتقار إلى الكفاءة والفعالية كان لها تأثير على قصص النجاح التي شهدها نظام الرعاية الصحية الأمريكية. لذا يرجع هذا القدر الكبير من الارتباك والتعثر والذي اتصف به نظام الرعاية الصحية إلى عدم وجود التخطيط سواء على مستوى النظام بأسره أو على مستوى المنظمات بشكل مستقل. ويعد وضع إطار عمل يحدد آلية عمل الإجراءات أمراً ضرورياً بالنسبة لصناع القرار في ظل بيئة تشهد تحولاً مستمراً وسريعاً، فبدون وجود خطة سيكون من الصعب إن لم يكن من المستحيل اتخاذ قرارات رشيدة.

إن الجهات المسئولة في كل من القطاعين العام والخاص تدرك أن النهج المنتظم في تناول القضايا التي تواجهها الرعاية الصحية أصبح أمراً ضرورياً، فشهدت فترة التسعينيات زيادةً كبيرةً في الاهتمام بتخطيط الخدمات الصحية. ومع بداية القرن الحادي والعشرين بدأ الطلب المتزايد على الحلول المستندة إلى المجتمع والخاصة بالمشكلات الصحية المزمنة في إيجاد بيئة تدعم التخطيط للقطاع العام، بل إن الكثير من الأفراد الجريئين قد بدؤوا في استخدام كلمة «عام» مجدداً. أما في القطاع الخاص، فإن المنافسة المتزايدة والتعويض المالي المتناقص، إلى جانب عدة قوىً سوقية أخرى تشجع منظمات الرعاية الصحية علي التفكير في استجابات مخططة. إن اتجاه هذه الصناعة لاتخاذ القرارات استناداً إلى البيانات المتاحة يعطي قوةً دافعةً إضافية لهذا التوجه. وعلى الرغم من وجود بعض المقاومة تجاه «التخطيط» في حد ذاته، فإن أنشطة التخطيط تظهر تحت مسميات «المبادرات الإستراتيجية» أو «تطوير الأعمال» أو أي مسمّى آخر.

إن التخطيط قد لا يكون الترياق لكافة المشكلات التي تواجه الرعاية الصحية، إلا أنه من المؤكد أنه يعالج وبشكل مباشر المسائل المتعلقة بالتكلفة وإمكانية الوصول إلى الخدمة والكفاءة. إذاً من الواضح أن ما يتصف به النظام من سمات غير مرغوب فيها مثل التشرذم والازدواجية والافتقار إلى الاستمرارية لا يمكن معالجتها إلا من خلال التخطيط.

لقد احتفظت الطبعة الثانية من هذا الكتاب بالبنية الأساسية للطبعة الأصلية، إلا أنه تم تحديث محتوياته بشكل منظم وذلك ليعكس التطورات التي شهدتها الرعاية الصحية والتخطيط الصحي منذ أواخر تسعينيات القرن الماضي. كما تم إضافة أجزاء، وحذف أخرى استناداً إلى استجابة القراء للطبعة الأولى وكذلك التطورات في هذا المجال. وتم كذلك كتابة مواقع الإنترنت ذات الصلة في قائمة «المصادر الإضافية». وتمت إضافة حالات دراسية للمناقشة والتوضيح.

ومع كل ذلك، فإن عدد قراء كتاب كالذي بين أيدينا يجب أن يكون أكبر مما كانت عليه الطبعة الأولى، إذ إن الاحتياجات أصبحت أكبر وازدادت وتيرة البحث عن حلول، كما ازدادت الآراء القائلة بأن التخطيط الصحي ليس بمسألة تخص المعنيين بالقطاع الصحي والمسئولين الحكوميين فقط، ولكن تخص أيضاً الأشخاص في العديد من القطاعات المجتمعية والذين يتأثرون بأوجه العجز في نظام الرعاية الصحية بالولايات المتحدة الأمريكية. لذا نأمل أن يقدم هذا العمل أساساً منهجياً لتخطيط الخدمات الصحية بالنسبة لقطاع عريض من الأشخاص المعنيين.

وتعكس الطبعة الثانية من كتاب «تخطيط الخدمات الصحية» الإسـهامات المقدمة من قطاع عريض من المعنيين بالقطاع الصحي حيث أسهم كلٌ منهم بطريقته في تقدم مجال تخطيط الخدمات الصحية. هذا إلى جانب الأفراد العاملين في بيئات القطاع العامِ والذين يسعون جاهدين وراء تحقيق أهداف التخطيط الصحي وعادةً ما يواجهون قدراً كبيراً من المعوقات. كما يشملُ ذلك العاملين بمنظمات الرعاية الصحية بالقطاع الصحي الخاص والذين كانوا رواداً في اسـتخدام نهج التخطيط في مجالاتهم. لقد اسـتقى هذا الكتاب مواد مفيدة من الخبرات الخاصة بالأشخاص الذين لديهم بعض المخاوف تجاه أوضاع نظام الرعاية الصحية بالولايات المتحدة الأمريكية والذين يرون في عملية التخطيط وسـيلةً لمعالجة العديد من هذه المخاوف. إن إسهاماتهم المتمثلة في القصص وفي الاقتراحات والاقتباسـات والتوجيهـات والتي أضافت لمصادر هذا الكتاب لا تقدر بثمن.

وأخيراً أود أن أعرب عن تقديري لأصدقائي وزملائي خاصةً في الجمعية الأمريكية للتخطيط الصحي، إذ إن أعضاء هذه المنظمة هم من يرفعون لواء التخطيط الصحي بالولايات المتحـدة حتى من قبل أن يصبح قضية بارزة ينبغي على الجميع مناصرتها. فقد كان إصرارهـم على أهمية اتباع نهج تخطيطي من أجل الوصول لحلول للقضايا العديـدة التي تواجهها الرعاية الصحية بأمريكا مصدر إلهام، فقد واصلوا وبإخلاص جهودهـم للحفاظ على «التـراث» التخطيطي حتى عندما بـدا أن المصالح المعارضة للتخطيط قد سيطرت على مجريات الأمور.

إنني ليحدوني الأمل في أن يشجع هذا الكتاب جيلاً جديداً من متخصصي الرعاية الصحيـة إلى تفهم أهمية الدور الذي يمكن أن يلعبه التخطيط في إيجاد نظام رعاية صحية أكثر كفاءةً وفعالية. وإذا أسـهم هذا الكتاب ولو بقدر بسـيط، في إيجاد هذا النمط من نظام الرعاية الصحية الذي يريده بل ويستحقه الشعب الأمريكي فلن يكون ما بذلته من جهد في هذا الكتاب قد ضاع سدًى.

ريتشارد ك. توماس

الفصل الأول
مقدمة في تخطيط الخدمات الصحية

يزداد في وقتنا الحالي شيوع استخدام مصطلح «تخطيط الخدمات الصحية» وهو أمرٌ يعكس الاهتمام المتزايد بهذا الموضوع ونحن على أعتاب القرن الحادي والعشرين، إلا أن ما يعنيه هذا المصطلح يختلف باختلاف الأشخاص، فقد يشير في بعض الحالات إلى فكرة غامضة تتعلق بالهندسة الاجتماعية المطبقة على الرعاية الصحية، وقد يشير في حالات أخرى إلى نشاط محدد كنشاط تشغيل عملية شهادة الحاجة المجتمعية أو تصميم منشأة صحية. وبمطالعة أدبيات التخطيط نكتشف عدة تعريفات مستخدمة في واقع الأمر كما سنجد كذلك بعض الحالات التي لا يقدم فيها المؤلف تعريفاً. وبالفعل فإن مستوى الإجماع بين الخبراء حول تعريف التخطيط الصحي هو مستوى متدن حيث يخضع هذا المفهوم لإعادة التعريف بشكل مستمر كلما حاول التخطيط أن «يجد لنفسه موضع قدم» في الألفية الجديدة.

إن سياسة تخطيط الخدمات الصحية لم تكن مطبقة على نطاق واسع في الولايات المتحدة الأمريكية كما هو الحال بالنسبة لغيرها من الدول المتقدمة، ولذا فقد وجدت أنه من الملائم أن أبدأ بعرض المفاهيم الأساسية الخاصة بهذا الحقل. وسنتناول في الأقسام التالية من هذا الفصل طبيعة التخطيط بشكل عام مع التركيز على تخطيط الخدمات الصحية بشكل خاص، ثم سنقوم بعد ذلك بمناقشة القضايا التي تحيط بتخطيط الخدمات الصحية في بيئة الرعاية الصحية المعاصرة.

ما هو التخطيط؟

سنبدأ بالتعريف الأساسي للتخطيط ثم نعرض للتعريف الأكثر تحديداً وأوثق صلة بمفهوم الرعاية الصحية، وعلى هذا النحو فقد يتمثل التعريف الصحيح لهذا المصطلح فيما يلي:

التخطيط هو عملية يتم فيها تطوير آلية منسقة وشاملة للتخصيص الفعال للموارد حتى يمكن تلبية هدف أو أهداف محددة.

وبغض النظر عن السـياق فإنه من الممكن تطبيق المكونات المتعددة لهذا التعريف، إذ يمكـن القـول أولاً بأن التخطيـط في حد ذاته يُعد «عمليـةً»، وقد يرى البعض أن هـذه العملية أكثر أهميةً من المحصلة في واقع الأمر، إذ ينطوي التخطيط على القيام بمحاولات للتنسـيق بين الجوانب المتعددة للنظام الذي يتـم التعامل معه. فضلاً عن ذلك، فإن أنشـطة التخطيط تتميز بشـمولية منهجها نظراً لأنها تضع كافة المتغيرات ذات الصلة في الاعتبار. ومن المؤكد أن ما يُقصد من وراء عملية التخطيط هو تحقيق بعض الأهداف المحددة من خلال التخصيص الفعال والكفء للموارد المتاحة.

ما هي الخطة؟

كيف يمكن تعريف الخطة في ضوء ما قدمنا من تعريف للتخطيط؟ إنه من الواضح أن الخطـة تمثـل النتاج المادي لعملية التخطيط، إلا أن هـذا التعريف يعد إفراطاً في تبسيط أهمية الخطة. ولا شك أن النتاج المطبوع الذي ينتج عن عملية التخطيط ينبغي أن يمثل التنظيم الرسمي للخطة، فهو يقدم السياق الذي يتعين أن يحظى به التخطيط والذي يتعين أن يكون بمثابة برنامج عمل للوصول إلى هدف أو أهداف معينة.

والأهـم من ذلك أنه ينبغي أن تكون الخطة سـياقاً لصنـع القرارات، إذ يتعين في إطـار الخطة أن يكون لـدى المديرين والمخططين وكذلك لـدى موظفي تطوير العمل القدرة على اقتراح أي نوع من المشاريع وتطبيقها بشكل منظم، فالخطة تضع «المعايير» اللازمـة لاتخاذ القرار عبـر تحديد الأهـداف العامة والأهداف المحـددة الخاصة بالمجتمع أو المنظمة وتحديد الهدف الذي يسعى كل منهما إلى تحقيقه في وقت معين في المستقبل.

هنـاك ميزة كبيرة لعملية التخطيط، حتى مع عـدم وجود خطة متكاملة، إذ يمكن القول بأنه يسـتحيل اكتمال أي خطـة حقيقية، فالاكتمال ينطـوي على إيجاد وثيقة سـاكنة في سـياق بيئة متحركة. إن الخطة ينبغي أن تكون متطورة دائماً ولا شك أن ذلـك يتـم من الناحية العملية عبر مراجعة الخطة حتى قبل أن تُنشـر. وبالمثل، فمن النادر ألا يتم تحقيق بعض الأهداف المحددة في الخطة سواء بشكل جزئي أو كلي قبل إنهاء الخطة.

هناك سـببٌ آخر للتركيز على العملية (التخطيط) بدلاً من المحصلة (الخطة) وهو الفوائد التي يُتحصل عليها من العملية ذاتها. فالقيام بعملية التخطيط يدفع المجتمع أو المنظمة إلى التحقق من هويتها وما يقومون به من أنشطة ولماذا القيام بها. وكثيراً

ما تكون النـواتج الفرعية لعملية التخطيط أكثر أهميةً للمنظمة من الخطة نفسـها. لـذا يمكن تلخيص هذه الفكرة في المقولة المنسـوبة إلى القائد السياسـي الإنجليزي بينجامين ديزرائيلي Benjamin Disraeli في تأكيده على أن «الخطة ليست بشيء في حين أن التخطيط كل شيء».

ما هو تخطيط الخدمات الصحية؟

بما أننا قد عرفنا عملية التخطيط من حيث مفهومها العام، فكيف إذاً يتعين علينا أن نعرف تخطيط الخدمات الصحية؟ إن تخطيط الخدمات الصحية هي عملية يمكن وصفها بما يلي:

تخطيط الخدمات الصحية هي تلك العملية التي تتولى تقييم الاحتياجات الصحية الكلية لمنطقة جغرافية أو لعدد من السكان وتحديد كيفية الوفاء بهذه الاحتياجات عبر أكثر السبل فعالية من خلال تخصيص الموارد القائمة أو المستقبلية المتوقعة.

وكما سـنرى، فقد يكون هذا التعريف مناسباً لفكرة التخطيط على نطاق المجتمع بشـكل أفضل من التخطيط على مسـتوى المنظمة، إلا أن المفهوم نفسـه ينطبق على كليهما. والأهم من ذلك أن كافة أوجه التخطيط تتلخص في التعرف على احتياجات السكان المستهدفين ثم تحديد أفضل الوسائل لتلبية هذه الاحتياجات.

كيف يختلف تخطيط الخدمات الصحية؟

تتميز الرعاية الصحية باعتبارها إحدى مؤسسـات المجتمع الأمريكي بتفردها من أوجه عدة، وهو ما جعل هذا المجال يحتل منزلة خاصة بالنسـبة للتخطيط. فالمرونة على مستوى الطلب تمثل تحدياً للقائمين على التخطيط الصحي، كما أن حقيقة تعامل مـزودي الخدمات الصحية مـع مواقف تتعلق بالحياة أو المـوت يضيف بعداً عاطفياً لتخطيط الخدمات الصحية لا يتوافر في المجالات الأخرى.

فضـلاً عن ذلك فإن الرعايـة الصحية تمتاز في كيفيـة تنظيمها عن غيرها من المجـالات. وتتضمـن الصناعة الحصيـة بالمعنى الحرفي للكلمة مئـات الآلاف من الكيانات المسـتقلة العاملة بصورة غير منسـقة على أرض الواقـع. كما أن الجهات المتعـددة المقدمة للخدمة لديها قدر محدود من المحفزات لتنسـيق الجهود بالإضافة إلى ندرة تقيدها بأي من الأجهزة الرقابية المركزية. وتعمل غالبية هذه الجهات بشكل مسـتقل عن معظـم منظمات الرعاية الصحية الأخرى. بـل نجد في داخل المنظمة

الواحدة مثل المستشفى، أن عدد «الممالك» المنفصلة عن بعضها مذهل. فكثير من هذه الأقسام الداخلية تعمل بالفعل لتحقيق أهداف متناقضة بعضها مع بعض. كما أن العلاقات داخل المنظمة الواحدة تتميز بالتعقيد وهو أمرٌ كفيلٌ بأن يخلق بيئة تخطيط صعبة.

تتميز الرعاية الصحية كذلك بالتنوع الواسع في قاعدة عملائها كما أن طبيعتهم تتنوع من قطاع لآخر داخل هذا المجال، حيث يمثل المرضى مجموعةً واحدةً فحسب من العملاء، في حين يضم أحد المستشفيات الكبيرة باعتباره أحد من تلك الكيانات عشرات من مجموعات العملاء الذين تكافح حتى تقدم لهم الخدمة المطلوبة. إلى جانب ذلك، فإن الأطراف الفاعلة المتنوعة في هذه المجال لديهم أهداف مختلفة وربما جاءت مغايرة لتلك التي يسعى لتحقيقها أطراف آخرون.

هناك أيضاً الخصائص المالية التي تميز الرعاية الصحية عن بقية المجالات، إذ تمثل الرعاية الصحية استثناءً بالنسبة لكافة قوانين علم الاقتصاد تقريباً. فمن المؤكد أن الدور الذي تلعبه الأطراف الأخرى يعد فريداً، إلا أن ما يربك عملية التخطيط هو الأسلوب غير المباشر لعملية صنع القرار، كما أن الحقيقة التي تقضي بأن المستخدم النهائي قد لا يتخذ القرار الاستهلاكي أو قرار الدفع في مقابل الخدمة المقدمة تضع بالتأكيد تحديات أمام تخطيط الخدمات الصحية.

قد يكون العامل الأكثر أهمية في تمييز الرعاية الصحية عن غيرها من المجالات هو تنوع الوظائف التي يتصف بها عادةً القائمين على الرعاية الصحية، فلا يقتصر الأمر على وجود كيانات مختلفة تقوم بوظائف متنوعة، بل هناك أيضاً كيانات مستقلة مثل المستشفى التي تؤدي وظائف متعددة في الوقت نفسه. إذ كيف يتأتى لمستشفى تدار تحت رعاية الكنسية، على سبيل المثال، أن تحدث توافقاً بين مهمتها المتمثلة في تقديم الخدمات والرعاية وبين الحاجة إلى تحقيق إيرادات تزيد على نفقاتها؟

إن الوظيفة الواضحة لنظام الرعاية الصحية والمنظمات المكونة له تتمثل في تلبية احتياجات السكان من الرعاية الصحية وهو ما يتم بشكل مباشر من خلال رعاية المرضى التي تطرأ للذهن عند وضع تصور لنظام الرعاية الصحية، إلا أن هناك الآلاف من منظمات الرعاية الصحية التي لا تعمل في مجال تقديم الرعاية الصحية للمرضى. وحتى تلك المنظمات التي تقدم رعاية صحية للمرضى تقوم عادةً بعدة وظائف، فالعديد منها يرى أنها مخصصة في المقام الأول لخدمة المجتمع، وهناك

منظمات أخرى تعتقد أن دورها إنســاني بالأســاس. ذلك بالإضافة إلى وجود بعض الكيانات التي ترى أن مهامها تتمثل في المساهمة في تحقيق الأمان للعامة، ومن أشهر الأمثلــة على ذلك برامج الصحة العامة المتنوعــة. وهناك بعض المنظمات التي تضع نصب أعينها مهمة تعزيز بعض الجوانب الدينية المحددة، كما أن هناك منظمات أخرى ترى أن دورها يتمثل في المساهمة في تحقيق رفاهية المجتمع.

هذه الأمثلــة لا تتضمن الوظائــف الاقتصادية التي يؤديها كلٌّ مــن نظام الرعاية الصحيــة والمنظمات المكونة لــه. ومن المؤكد أن إعادة توزيع المــوارد وإيجاد الثروات والوظائــف هي أمورٌ مهمة، غير أن التعليم والبحــوث يعدان من ناحية أخرى وظائف خُصصت تحديداً لنظام الرعاية الصحية.

وإلى جانب هذه الوظائف المعلنة للنظام فإن هناك وظائف أخرى «كامنة» وهي التي يتعــرف عليها المراقبون، حيث يعمل نظام الرعاية الصحية في كثير من الأحيان كآلية للضبط الاجتماعي إذ يتم من خلاله تحديد خصائص الأفراد الذين يعتبرهم المجتمع «طبيعيين» أو «غير طبيعيين». ويســتخدم نظام الرعاية الصحية في كافة المجتمعات كأداة تكامل اجتماعي إذ يجمع أفراد المجتمع ويحدد اســتجابتهم نحو المرض ويفرض قيم الجماعة بشكل ضمني. كما يلعب النظام دوراً مهماً في تحديد وتوضيح «أسباب» المرض والوفاة.

إذاً يتبين وأياً كانت وجهات النظر أن الرعاية الصحية ليست صناعة تقليدية فهي صناعة تتميز بخصائص فريدة تجعل التطبيق المباشر لأساليب التخطيط المعتمدة في الصناعات الأخرى أمراً صعباً. وحتى على مســتوى المنظمة فإن تعدد أنواع المنظمات يشكل تحدياً أمام مخطط الرعاية الصحية.

الطبيعة السياسية للتخطيط:

ينبغي أن يكون التخطيط عمليةً موضوعية تدفعها اعتبارات تقنية، ذلك إذا نظرنا للنمــط المثالي للتخطيط إلا أننا نجد أنه يختلف في الواقع العملي حيث ينطوي حتماً على فكرة تخص «شخصاً ما» حول ما يجب أن تكون عليه الأمور. وحتى عندما تكون الخطة معبرة عن إجماع أعضاء مجموعة ما، فإنها لا تزال نتاجاً لهذه المجموعة وليست لغيرهــا من المجموعات. ولهذا فلن تكون الخطــط موضوعية تماماً في صياغتها أو في طريقة تنفيذها، فمن المرجح أن تمثل الخطة حلاً وســطاً بين المســتفيدين داخل المجتمع أو القوى «المنافســة» داخل المنظمة المحدودة. ويمكن القول في حقيقة الأمر

بأن تشجيع المشاركة العريضة في التخطيط سواء على مستوى المجتمع أو المنظمة هو ما يؤكد اكتساب العملية بعداً سياسياً ولو بشكل جزئي.

هناك سببٌ لحتمية وجود البعد السياسي للتخطيط وهو أن الخطط لا توضع مطلقاً لمجرد التخطيط وحسب، فعادة ما يكون هناك شيء ما يدفع باتجاه إطلاق عملية التخطيط. وعلى مستوى المجتمع فإن هذا الشيء قد يكون إحدى الأزمات المتعلقة بالرعاية الممولة من الأموال العامة، أو الأمراض الوبائية المعدية، أو التكلفة الباهظة للرعاية الصحية. أما على المستوى التنظيمي، فإن هذا الشيء فقد يكون إحدى الأزمات التي تنشأ داخل المنظمة، أو التغيرات التي تطرأ على البيئة الخارجية، أو الإجراءات التي يتخذها المنافسون، أو غير ذلك من التطورات الأخرى. وقد تكون مصالح مجموعة بعينها أو فرد له أجندة معينة هي الدافع وراء هذه العملية. وبالفعل فقد يكون لدى البعض ممن يناصرون عملية التخطيط تصور مسبق لما ينبغي أن تقوم به المنظمة ولذا فسوف يسعون للاستعانة بالتخطيط في تحقيق أهدافهم.

ينبغي أن نتذكر أن غالبية القرارات المتعلقة بالرعاية الصحية هي بطبيعتها قرارات سياسية. فعندما يتخذ أحد المستشفيات على سبيل المثال قراراً بتقديم خدمة معينة أو بإضافة تقنية جديدة وكذلك عندما يتخذ مجموعة طبية قراراً بالانضمام إلى المستشفى A على سبيل المثال بدلاً من المستشفى B، وكذلك القرار الخاص بتأسيس عيادة ما في أحد الأحياء الراقية بدلاً من تأسيسها داخل المدينة كلها تُتخذ استناداً إلى اعتبارات سياسية واجتماعية واقتصادية وليس اعتبارات طبية. ولهذا فلن يكون من قبيل المفاجأة أن نجد أن عملية التخطيط هي أيضاً عملية سياسية، فأي من خطط الخدمات الصحية لا شك سيعكس تأثير الاعتبارات السياسية والاجتماعية والاقتصادية والتي تؤثر بدورها في بيئات الرعاية الصحية هذه، كما أن الخطط ستكون انعكاساً للبيئة التي أنتجتها. ولهذا فإن التحدي الذي يواجهه المخطِط يتمثل في الموازنة بين الهدف والبعد التقني للتخطيط وبين واقع السياق الذي تتم فيه عملية التخطيط.

من هم المحتاجون للتخطيط الصحي؟

هناك عددٌ قليلٌ من منظمات الرعاية الصحية التي لا يمكن أن تستفيد من عملية التخطيط في ظل البيئة الحالية، وحقيقة الأمر أن كل منظمة سيتعين عليها أن تعتمد على التخطيط للتأكد من قدرتها على البقاء في المستقبل، حيث أصبحت البيئة على درجة كبيرة من التقلب وعدم الاستقرار وهو ما يحول دون قيام العوامل البيئية المتغيرة

بالتحكم في مصير منظمة الرعاية الصحية أو النظام الصحي. وهذا ما جعل الحكمة المتبعة في هذا المجال هي: عليك أن تسيطر وإلا سيتم السيطرة عليك.

يحتـاج كل مجتمـع داخل القطاع العام إلـى وضع خطة لاحتياجاتـه من الرعاية الصحيـة. إلا أن الموارد الخاصة بتقـديم الخدمات الصحية محدودة بل ومن المتوقع أن تكون أشـد محدودية في المستقبل القريب. كما أن تكلفة تقديم الرعاية في تزايد بالإضافة إلى أن الأعداد المتزايدة للمواطنين الذين لا تشملهم المظلة التأمينية ستظل سبباً في إجهاد وإرباك نظام الرعاية الصحية. كما أن استمرار سوء التوزيع للخدمات يجعل الحصول على الرعاية مشكلةً متفاقمة، بالإضافة إلى أن تزايد المطالبات بتطبيق المسائلة يزيد من الحاجة إلى تخطيط الخدمات الصحية على نطاق المجتمع.

أما على مستوى المنظمة، فمن الصعب تخيل أن تكون لدى أي من منظمات الرعاية الصحية القدرة على إعداد نفسـها للمستقبل دون أن يكون لديها خطة واضحة، ومن ثم يتعين على كافة الكيانات ابتداءً من كبرى سلاسـل المستشـفيات الحكومية وحتى العيادة التي يدريها شخص واحد أن يكون لديها القدرة على التحكم في مستقبلها إلى أقصـى مدى ممكن. كما يتعين على المنظمات المتعددة الأهداف كالمستشـفيات على سـبيل المثال أن تقوم بتطوير الخطط التي تسمح لها بالتكيف مع ما يحدث حولها من متغيرات والتنسيق بين المكونات المتعددة والمتنوعة لأنظمتها. أما الكيانات الكبيرة التي ظهرت نتيجة لاندماج منظمات كانت في السـابق مستقلة فإنها تواجه تحدياً واضحاً يتمثل في تناغم الهيكل التنظيمي للكيانات المختلفة.

أيضـاً يجد المتخصصـون في الصناعة الصحيـة كالأطباء والمعالجـين والمهنيين الآخريـن حاجـة ملحة لخارطة طريق ممنهجـة بحيث تتيح لهم إمكانيـة العبور إلى المسـتقبل. وممـا يجعل من التخطيط ضـرورة أن هناك عـدداً لا يمكن حصره من الصعوبات التي يواجهها الممارسون لمثل هذه المهن عند فشلهم في التخطيط للحوادث غيـر المتوقعة. ولذا فإنه يتعين كذلك على المؤسسـات الأخرى المتخصصة في تقديم الخدمات الصحية كدور رعاية المسنين ومؤسسات الصحة المنزلية ومنشآت المساعدة على الحياة أن ترسم لنفسها مساراً يتم تخطيطه بشكل جيد.

يجب أن تكون خطط التأمـين الصحي، بما في ذلك خطط الرعاية المدارة، قادرة على تحديد اتجاهها المسـتقبلي وتنفيذ تلك الخطط حتى تتمكن من تحقيق أهدافها، إذ لا يمكن أن يتحقق أي نجاح في المسـتقبل دون أن يتم التخطيط له. وينبغي كذلك

على كل منظمة أن تلعب دوراً إيجابياً في «صياغة» مستقبلها. وتجدر الإشارة إلى أن الخطط الصحية تواجه نفس التحدي الذي يواجهه مقدمو الرعاية الصحية، وهو ضرورة التحكم في أقدارهم وإلا فستتحكم فيهم بيئة لا يمكن التنبؤ بها.

لمن التخطيط؟

إن هوية الأطراف الذين يتم تطوير الخطة من أجلهم تعتمد على طبيعة هذه الخطة والأطراف المشتركة في عملية التخطيط التي إن تمت على نطاق المجتمع فإنها تكون مفيدة في ظاهرها لنظام الرعاية الصحية بأكمله، وبالتالي فإنها تكون مفيدة لكافة المواطنين. أما من الناحية النظرية على الأقل، فإنه ينبغي أن تكون الخطة الصحية للمجتمع محققة لأكبر قدر من الصالح العام وشاملة لأكبر عدد من أفراده، كما ينبغي أن تتمثل أهدافها في تيسير حصول المواطنين على الرعاية اللازمة، إلى جانب زيادة كفاءة تشغيل النظام وتحسين فعالية حصيلة الأموال العامة.

أما بالنسبة للتخطيط على مستوى المنظمات، فإن الأهداف تكون محدودة بصورة أكبر، ففي هذا المستوى تكون المصالح الذاتية للمنظمة هي الأهم، كما يركز هذا النمط من الخطط على الاحتياجات المستقبلية للمنظمة (وبالتالي احتياجات عملائها) بعيداً عن احتياجات المجتمع. ومن المؤكد أن بعض الإدارات أو الأفراد قد يستفيدون بشكل أكبر من غيرهم، إلا أنه يُفترض في أهداف الخطة أن تكون معنية بتعزيز فعالية المنظمة ودورها في تحقيق أهدافها المؤسسية.

قد يبدو أن التخطيط على نطاق المجتمع وكذا التخطيط على مستوى المنظمة يشتمل على مكونات حصرية، فمن غير الواقعي أن نفترض إمكانية تطبيق أي منها بمنأى عن الآخر تماماً. إذ يجب أن يراعي التخطيط على نطاق المجتمع احتياجات كافة الكيانات المشتركة في تقديم الرعاية بما في ذلك منظمات الرعاية الصحية الاستثمارية. وبالفعل فقد كان اشتراط عدم تدخل الخطة في أنماط الممارسات المؤسسية الثابتة واحداً من القيود التي فُرضت على التخطيط الصحي الفيدرالي خلال فترة الستينيات والسبعينيات من القرن الماضي. ومن ناحية أخرى، فإن أياً من منظمات الرعاية الصحية العاملة في النطاق المحلي لا يمكنها أن تتجاهل المخاوف الخاصة بالمجتمع والخطط الصحية التي تصيغها. وحتى في وقتنا الحالي، فإن متطلبات شهادة الحاجة المجتمعية وغيرها من الأمور التنظيمية تحد من الإجراءات الخاصة بمنظمات الرعاية الصحية التابعة للقطاع الخاص في بعض المجتمعات.

ويجـــب في نهاية المطاف أن تقوم الخطط الموضوعة على نطاق المجتمع بدمج وجهات نظر كافة المعنيين بمجال الرعاية الصحية، كما يجب أن يكون هناك توافق بين الخطط الموضوعة على مستوى المنظمة والخطط الأوسع التي تُصاغ للمجتمع.

لماذا نحتاج التخطيط الصحي؟

يمكننا ذكر عدد من الأسباب المسوغة لتطوير خطط الخدمات الصحية، وذلك على الرغم من الجدل الدائر حول مدى ملاءمة بعض مسوغات التخطيط. ومن المؤكد أنه يمكــن الزعم بأن التخطيط هو ميزة خالصة وهذا ما يجعل منه ســبباً كافياً في حد ذاته. إن الفوائد المتحصل عليها من الســير في عملية التخطيط هي كثيرة، وحتى لو لم تسفر عن خطة رسمية. ولكن هذه الحقيقة وحدها من النادر أن تكون تكون مبرراً كافياً لانطلاق عملية التخطيط.

يفيــد التخطيط في إيجاد نوع من التنســيق بــين المكونات المتعــددة لنظام ما أو لوحدات فرعية داخل منظمة ما. كما أن التنســيق أمرٌ ضروري لتطبيق الخطة فإنه ضروري كذلك لعملية التخطيط. إلى جانب ذلك فإن التخطيط يفيد أيضاً في ضبط أداء النظام أو المنظمة. ويشكل التخطيط كذلك قوة دافعة على تحقيق الكفاءة وذلك عن طريق لفت الانتباه إلى العمليات ذات الصلة.

إن الخطة من شــأنها أن توفر وســيلةً فعالة لتخصيص الموارد، إذ يمكن القول إن الســبب وراء عملية التخطيط يتمثل في التخصيص المناسب للموارد وفق الاحتياجات المستقبلية. ودائماً ما يكون الطلب على الموارد أكبر من الموارد المتاحة، كما أن الفرص المتاحة في البيئة الحالية تزيد عن الموارد اللازمة لاستغلالها. وفي حين أن الخطة لا تحدد طريقة تخصيص الموارد بشكل مباشر، إلا أنها تقدم إطار العمل الذي يمكن من خلاله اتخاذ القرارات الخاصة بتخصيص الموارد بها.

يعمــل التخطيط أيضاً على تحقيق الهدف المتمثل فــي طرح القضايا «على طاولة النقــاش» وهي التي لم تكن لتُناقش بخلاف ذلك، كمــا أن هذه العملية تتيح الفرصة أيضــاً لإثارة هذه القضايا التي قد يتــم تجاهلها في خضم ضغوط العمليات اليومية. كما يســمح التخطيط بعرض هذه القضايا في ســياق يجعلها تحظى بالتفكير العميق وكذلــك رؤيتهــا داخل إطار عمل ربما حظيت فيه قضايا أخرى –قد تكون منافســة– بمزيد من التفكير.

إحدى الوظائف المهمة الأخرى للتخطيط تتمثل في تحديده للأولويات سواء على نطاق المجتمع أو المنظمة، ويعد تحديد الأولويات بمثابة مهمة أصيلة من مهام عملية التخطيط كما أن تحديد الأوليات يؤثر كذلك على كافة الجوانب الأخرى المتعلقة بالمنظمة. وعلى الرغم من أن هناك دائماً العديد من المشاريع القيمة إلا أننا لا نجد سوى القليل من الموارد التي تلبي احتياجاتها. لذا فإن تحديد أولويات المهام التي يتعين القيام بها أمر لا يمكن تحقيقه إلا من خلال خطة ممنهجة.

وتبرز في الوقت الراهن وظيفة أخرى للتخطيط وهي الحد من التكاليف، حيث إن قاعدة المعرفة التي تنشأ إثر عملية التخطيط من الممكن أن تستخدم كأداة للحد من التكاليف. كما أن التركيز على مسألة التنسيق والكفاءة والمساءلة باعتبارها عوامل متأصلة في كل خطة يتيح الفرصة لاتخاذ إجراءات تكون أكثر تحكماً في التكاليف من أي ممارسة قائمة.

وتمثل الخطة أيضاً آلية لتفعيل مبدأ المساءلة على مستوى المجتمع والمنظمة. وبالفعل فإن ذلك يُعد إحدى الخصائص التي تثير أكبر قدر من المقاومة تجاه عملية التخطيط. ولا تقوم البحوث التحضيرية السابقة للخطة بدراسة المجتمع الحالي أو الممارسات التنظيمية فحسب بل إن جدول التنفيذ المُعتمد كجزء من الخطة سيحدد وبوضوح المهام الأساسية كما سيحدد أيضاً المسئولية. والجدول بهذه الطريقة يضع معياراً فريداً للمساءلة لا يمكن إيجاده بوسيلة أخرى.

ويقدم لنا التخطيط وظيفة أخرى مهمة تتمثل في تجميع البيانات، ويمكن الزعم بأن ٨٠ بالمائة من عملية التخطيط مخصصة لتجميع البيانات الضرورية في حين أن ٢٠ بالمائة مخصصة للتخطيط الفعلي. وتؤكد الخبرة التي تزيد على ربع قرن من الزمان في مجال التخطيط بأن عملية تحديد مصادر البيانات ومراجعة ما لدينا من بيانات حول المجتمع أو المنظمة، وبالتأكيد استخدام هذه البيانات كقاعدة لأنشطة التخطيط تتيح الفرصة لكل من المخططين والمديرين لكي يتحققوا من القضايا من منظور لم يكن متاحاً في السابق. وقد وجد العاملون في الصناعة الصحية أن أفضل البيانات على الإطلاق توافرت لهم في أثناء التخطيط على نطاق المجتمع والذي بلغ أوجه في فترة الستينيات والسبعينيات. وعلى نفس المنوال فإن البيانات التي يتم إنتاجها خلال عملية التخطيط بالمنظمة تقدم المعلومات التي قد لا تكون متاحة بخلاف ذلك. وتجدر الإشارة هنا إلى أن مؤلف هذا الكتاب لم يشارك مطلقاً في عملية تخطيط منظمي إلا وأثارت فيه بعض المعلومات المجمعة نوعاً من المفاجأة أو المخاوف أو كلتيهما لدى موظفي المنظمة.

هناك سببٌ أخيرٌ لعملية التخطيط، وقد يكون هذا السبب هو الأهم من كل ما سبق، وهو الحاجة إلى وضع إطار لعملية صنع القرار، حيث يتم في التحليل النهائي اتخاذ غالبية القرارات الخاصة بالرعاية الصحية في فراغ أو على الأقل تحت ظروف تنطوي على قدر أقل من المعلومات المثلى. وبسبب هذا الفراغ كان هناك من يزعم بأن المسئولين الإداريين بالمستشفيات يتسمون على مدار التاريخ بصفة أو اثنتين وهما: العجز أو التهور. ولذا فإن عدد القرارات «الخاطئة» التي تتخذها منظمات الرعاية الصحية سواءً التي تمثل المجتمع أو تلك التي تسعى لتحقيق مصالح شخصية تفوق الحصر، حيث تتضاعف فرص اتخاذ القرارات غير الصائبة عند عدم وجود خطة استرشادية.

في كثير من الحالات يكون الفشل في صنع القرار أسوأ من القرار الخطأ نفسه. فهناك العديد من المجتمعات التي فشلت في اتخاذ خطوات صائبة للتعامل مع أزمة تلوح في الأفق. كما أن هناك الكثير من المنظمات التي فقدت حصصها السوقية أو العلاقات المهمة جراء فشلها في اتخاذ خطوات حاسمة. وينشأ العجز نتيجة لعدم وجود إطار يتم من خلاله اتخاذ القرارات أو عدم امتلاك معايير لتقييم الخيارات. ومن ثم يتعين على صناع القرار عند مواجهة أيٍّ من تلك الخيارات أن يكون لديهم سياقٌ لتقييم الموقف من خلاله. كما يجب أن تكون لديهم القدرة على تحديد كيفية مواءمة المبادرة المقترحة مع خططهم وأن تكون لديهم القدرة على تحديد كيفية إسهامها في الأهداف المحددة الخاصة بالمجتمع أو المنظمة، إذ إن الفرصة لا تُعد فرصةً مهما كانت عظيمة إن لم تسهم في تحقيق الأهداف العامة المرجوة. فضلاً عن ذلك فإن الخطة تسهم في وضع المعايير الضرورية لتقييم أي من هذه الفرص. وقد تتعلق هذه المعايير بمهمة المنظمة أو الإيرادات المستهدفة أو المبادرات الإستراتيجية التي تسعى إليها، أو أي من العوامل الأخرى. إن ما يهم هو أن تكون المعايير متاحة بحيث يمكن اتخاذ قرارات مدروسة وملائمة.

لماذا تُقاوَم عملية التخطيط؟

إن ميزات التخطيط بالنسبة لوظيفة بأهمية تقديم الخدمات الصحية لابد أن تكون واضحة، وتتمتع جميع الدول المتقدمة الأخرى بقدرات ضخمة في مجال التخطيط الصحي، غير أن مقاومة التخطيط بشكل عام وتخطيط الخدمات الصحية بشكل خاص يعكس موقفاً سائداً – كما يعكس في الوقت نفسه شيئاً من المفارقة– داخل المجتمع الأمريكي، بل إن الأمريكيين قد يُتهمون «برهاب التخطيط»، فعلى الرغم من

أننا نتباهى باستثماراتنا في مجالات البحوث والتطوير، إلا أن آفاق التخطيط لغالبية الشركات الأمريكية تصل عادةً إلى الربع القادم من العام فقط، إذ يتم عادةً التضحية بالمكاسب ذات المدى الطويل في مقابل زيادة الأرباح ربع السنوية. وبالرغم من أن الرعاية الصحية ليست قصيرة النظر، كما في القطاعات الاقتصادية الأخرى إلا أن هناك تجاهلاً واضحاً للتخطيط في مجال الرعاية الصحية.

يجب أن نسأل أنفسنا عن سبب قيامنا كمجتمع بمعارضة التخطيط؟ قد يعتقد المرء أن فكرة التخطيط ستسيطر علينا في ظل هذه القيم التي تتغلغل في أوصال المجتمع الأمريكي، إلا أننا كمجتمع نركز على السيطرة على بيئتنا والتنبؤ بالتطورات المستقبلية، والكفاءة التشغيلية، والتنسيق بين الأنشطة. إنه من الصعب التفكير في كيفية تحقيق أي من هذه الأشياء دون تخطيط. يركز الأمريكيون أيضاً على المبادأة (أي اتباع النهج الاستباقي تجاه الموقف) والتوجه المستقبلي الذي يشجعهم على القيام باستثمارات تدر ربحاً في المستقبل. أما إذا كانت هذه القيم غير كافية لتشجيع الفكر التخطيطي فقد نتفق جميعاً بأننا كمجتمع تسيطر علينا فكرة المحصلة الاقتصادية. وطالما أن الأمر كذلك، فإن هذا التأكيد على الربحية ينبغي أن يدفع باتجاه تخطيط قوي. إذاً كيف يمكن التأكد من السيطرة على العوامل التي من المحتمل أن تؤثر على النجاح طويل المدى؟ وعلى الرغم من أن المجتمعات الأخرى تنشر خططاً خمسية وعشرية للتطوير الاقتصادي والبرامج الاجتماعية وغيرها من المبادرات الأخرى على نطاق المجتمع ككل، إلا أننا لا نجد أياً من الأنشطة التخطيطية الفيدرالية بالولايات المتحدة. وبينما تقوم الشركات الأجنبية بتطوير خطط تستهدف عشرين عاماً، فإن الشركات الأمريكية يستبد بها هوس الأرباح ربع السنوية.

في ظل هذه السمات السائدة في المجتمع الأمريكي، كيف لنا أن نفسر هذا الرهاب عندما يتعلق الأمر بالتخطيط؟ هناك عدد من التفسيرات لهذه النوع من المقاومة لعملية التخطيط. فنجد على المستوى الفيدرالي (ونزولاً عبر التركيب الهرمي للقطاع الحكومي باتجاه المستويات المجتمعية) أن هناك حالة من التوجس غير المنطقي تجاه مشاركة الحكومة في تنسيق الأنشطة المجتمعية، حيث تنشأ الفلسفة السائدة في النظام الاقتصادي من الاعتقاد بقدرة «السوق» على توجيه المؤسسات في الاتجاه المناسب. ونظراً لتأثير النظام الاقتصادي على المجتمع الأمريكي فإن هذه الفلسفة تمتد إلى مجالات أخرى بما في ذلك الرعاية الصحية. ويتم عادةً ربط التخطيط المتمركز حول أنشطة محددة بالأنظمة الاقتصادية الاشتراكية، ويُعتقد في أحسن

الأحـــوال أنه يتدخل في كيفية عمل الأنمـــاط المعهودة في تقديم الخدمة. ويعزز هذا المنظور حالة عدم الثقة الشائعة داخل المجتمع الأمريكي تجاه الحكومة.

تســيطر على المجتمع الأمريكي في الغالب تحالفات اقتصادية من مجموعات ذات مصالح خاصة تؤثر بشــكل كبير على كيفية عمل المؤسســات الأمريكية. ولهذا نجد تعارضاً بين المحــاولات المنظمة للتخطيط ومفهوم «عقــد الصفقات» التي تحرك كل شـــيء ابتداءً من السياسات القومية وحتى القرارات التي تتخذها الشركات بخصوص تطوير الخدمات الصحية. وفي الوقت نفســه فإن التخطيط يثير مخاوف العديد من المجموعات التي تفضل أن تعمل في الظل وبعيداً عن التعرض للمساءلة.

ليس هناك مجال آخر يتضح فيه الافتقار إلى التخطيط بالولايات المتحدة مثل الرعاية الصحية. فنجد أن المشــكلات الموجودة في هذا المجال على وجه الحصر ترجع بشــكل مباشر إلى مشــكلات التنســيق والتواصل والتعاون. وبالفعل فإن كافة المشكلات التي تواجه مجال الرعاية الصحية - ابتداءً من التشــرذم وحتى ازدواجية الخدمات والإدارة غير الفعالة للبيانات - يمكن عزوها جميعاً إلى الفشــل في التخطيط، والأهم من ذلك أن التكلفة المرتفعة للرعاية الصحية يمكن عزوها في الغالب إلى انعدام التخطيط.

ومــن الواضح أن مجال الرعاية الصحية يتصف بوجود نفس الهواجس التي يعاني منها المجتمع الأمريكي بشكل عام عندما يتعلق الأمر بالتخطيط. ومن المؤكد أنه توجد مقاومة للتنسيق المتمركز حول الأنشطة والذي يمكن اعتباره تدخلاً من جانب الحكومة في أمور لا علاقة لها بها. كما أننا نجد أيضاً إصراراً على أن تحديد النظام مســألة يمكن تركها للسوق على الرغم من إخفاق هذا النهج في توجيه نظام الرعاية الصحية بشكل صحيح في الماضي.

وممــا نلحظه أيضاً في مجال الرعاية الصحية أن المخــاوف المتعلقة بالتدخل غير المرغوب فيه والمســاءلة يتــم تضخيمها. إلا أننا لا نجد مثل هــذا العدد من الكيانات المســتقلة التي تعمل وفق أجندات مختلفة تدعي محاولتها الإســهام في تحقيق هدف مشترك كما نجده في مجال الرعاية الصحية، فنجد في المستشفى الواحد عدة كيانات تهتم بمصالحها بشكل أكبر من اهتمامها بما ينبغي أن يكون هدفاً مشتركاً للمنظمة.

أحد الجوانب التي تتفرد فيها الرعاية الصحية هي كونها المؤسســة الوحيدة التي يديرها «فنيــون»، وهم الأطباء المتخصصون في الطب الســريري - وخاصة الأطباء الذين يتخذون معظم القرارات ويرون أن البيروقراطيين والإداريين ليست لديهم الكفاءة

لاتخاذ القرارات ووضع السياسات الخاصة بنظام الرعاية الصحية. إن الأطباء السريريين هم «الفاعلون» الذين ليس لديهم صبر على عمليات التخطيط الطويلة، وهم بالإضافة إلى ذلك متحفظون على التغيير بدرجة كبيرة وينتهجون أسلوباً مقاوماً له، فبينما يرحبون في الظاهر بالابتكارات التي تظهر في مجال الرعاية الصحية، فهم يقاومون أية تغيرات في أنماط الممارسة، ولهذا فإن مبدأ التحفظ هذا يتعارض مع تطوير الخطط التي تنطوي على المخاطرة المتمثلة في اضطراب الوضع الراهن.

من الوظائف التي تبدو مفيدة لعملية التخطيط هي تقديمها لوسائل تحكم إلا أن هذه الوظيفة تُعتبر أداة أساسية للمقاومة. إذ تقتضي الخطة وجود نية للتحكم في الأعمال المستقبلية لأعضاء المجتمع أو المنظمة. وهو لا ينطبق فقط على المرؤوسين الذين يُتوقع منهم أن يُفعلوا الخطة (وربما يغيرون حياتهم اليومية بشكل جذري) بل ينطبق كذلك على الإدارة العليا. وفي الواقع، إن المسئولين التنفيذيين بالشركة يتم توجيههم بموجب الخطة نحو مسار معين. وحتى إن كانت الخطة تقدم خطوطاً إرشادية عامة لتوجهات المنظمة في المستقبل، فإن الإدارة قد ترى هذا انتهاكاً لسلطاتها وتقييداً لقدراتها على إجراء تعديلات على آلية تشغيل المنظمة في منصف الطريق.

وأخيراً، هناك مخاوف تتعلق بالتكاليف التي تتطلبها عملية تخطيط الخدمات الصحية، وتنشأ هذه المخاوف من التخطيط على مستوى المجتمع والمنظمة. إن عملية التخطيط ليست عملية زهيدة من حيث التكاليف المباشرة وغير المباشرة، إلا أنه اتضح في الوقت نفسه أن تكلفة عدم التخطيط أكبر بكثير إذا ما نظرنا لعامل الكفاءة والفعالية وآثارها في ظل غياب التخطيط.

ما الأشياء التي يجب ألا تتواجد في الخطة؟

كلما أثير موضوع التخطيط يأتي رد الفعل الأولي والحتمي هو أن «الخطة الأخيرة يتراكم عليها الغبار على الأرفف»، وتعكس ردة الفعل هذه فشلاً عاماً في إدراك ما يجب أن تشتمل عليه الخطة وما يجب ألا تشتمل عليه، حتى إن المخططين لا يدركون هذا الفارق في العادة، وهو ما يفسر بقاء العديد من الخطط دون تطبيق.

ينبغي على الخطة الحقيقية ألا تكون مستنداً جامداً. بل ينبغي ألا تكون مستنداً أصلاً، وإنما ينبغي أن تكون تجسيداً لعملية ما. فالخطة لن تكون خطة إن لم تتسم بالديناميكية والتطور وفقاً للتغيرات التي تطرأ على البيئة، كما أن الخطة الحقيقية ليست جامدة بل في غاية المرونة. ومع ذلك فإن الهدف ليس استباق الأحداث

والتخطيط لكل تطور محتمل ولكن الهدف هو وضع إطار عمل يمكن من خلاله التعامل مع التطورات الجديدة. كما أن الخطة الحقيقية ليست محاكاةً لكتب الطهي التي تحتوي على تعليمات مرتبة خطوة بخطوة بهدف الوصول إلى نقطة معينة في النهاية. إذ لابد أن تقدم الخطة تجسيداً للمبادئ اللازمة لتحقيق الأهداف الخاصة بالمجتمع أو المنظمة.

قد يكون التشبيه الأفضل لذلك الأمر هو مقارنة عملية التخطيط بنظام أمان المياه. إذ لا ينبغي أن تكون الخطة بمثابة طوق النجاة الذي ينقذ غريقاً بل ينبغي أن تكون بمثابة دروس السباحة التي تُعد السبّاح لمواجهة أي احتمالات ضرورية، ولهذا فإن الخطة لا تقدم حلاً نهائياً ولكنها تقدم آلية لإيجاد الحلول.

الأفق الزمني للتخطيط:

التساؤل الذي يطرح نفسه في هذا الصدد يتعلق بالمدى الذي يتعين أن نتطلع إلى بلوغه في المستقبل عند القيام بتطوير خطة ما، ولكن لا توجد إجابة لمثل هذا التساؤل، إلا أنه قد يكون من المنطقي أن يجري التفكير في التخطيط على المدى القصير أو المتوسط أو الطويل أياً كان نوع التخطيط. وتعد فترة السنوات الخمس هي الحد الأدنى الذي ينبغي اعتباره إطاراً زمنياً لعملية التخطيط، وربما كانت الخطة العشرينية أكثر مناسبة عند التخطيط لنظام صحي خاص بمجتمع ما كي يتسنى لها التعامل المنظم مع عمليات تطوير النظام على المدى الطويل، وذلك على الرغم من أن نمط الأفق الزمني هذا يُعد من المنظور العملي غير مناسب لوقتنا الحاضر. ذلك إلى جانب أنه قد لا يتوافر قدر كاف من البيانات لنبني عليه توقعات مستقبلية تمتد من خمس سنوات وحتى عشر سنوات.

وعلى أية حال ينبغي أن تكون الخطة على قدر من المرونة بما يسمح لها بالتكيف مع التحولات التي تمر بها البيئة، وهذا العامل هو الذي يشجع عادةً على وضع أفق زمني أقصر. ومع ذلك فإن الأفق الزمني للتخطيط والممتد لعام أو عامين والمتبع عادةً في مجال الرعاية الصحية قد يكون قصيراً بدرجة يصعب معها إحداث تغييرات في البنية التحتية والتي تعد ضرورية لتحسين الحالة التي عليها نظام الرعاية الصحية. وسنتناول مسألة الآفاق الزمنية بمزيد من التفصيل في الفصول المخصصة لذلك والتي تناقش التخطيط الصحي للمجتمعات والتخطيط على مستوى المنظمات.

الخدمات الصحية في البيئة الحالية:

ما هي الأشياء التي توافرت للبيئة الحالية للرعاية الصحية ولم تكن متوفرة في العشرين عاماً السابقة ومن ثم فهي تشجع على الاهتمام بالتخطيط؟ لماذا هذا الاهتمام بمثل هذا الأمر في هذه المرحلة تحديداً؟ هناك العديد من العوامل التي قد تفسر تنامي الحاجة والإلحاح الذي يحيط بتخطيط الخدمات الصحية على كافة الأصعدة، إلا أن أكثر الأسباب إلحاحاً قد يكون تفاقم حالة عدم الاستقرار وعدم إمكانية التنبؤ وهو الأسلوب الشائع في نظام الرعاية الصحية حالياً.

يمكننا أن نلخص الحافز الرئيس لعملية التخطيط عن طريق الإشارة إلى التحول في النموذج المعياري الذي يشهده قطاع الرعاية الصحية بالولايات المتحدة الأمريكية، إذ يمكن عزو غالبية التطورات التي حدثت في السنوات الأخيرة في مجال الرعاية الصحية نتيجة للتحول من التركيز على «الرعاية الطبية» إلى التركيز على «الرعاية الصحية». ويأتي تعريف الرعاية الطبية محدوداً وضيقاً حيث يشير بالأساس إلى تلك الوظائف التي تقع تحت سلطة الأطباء. ويعكس هذا النموذج الفلسفة الضمنية للرعاية التي تطورت نظرية الجراثيم التي نشأت في مطلع القرن العشرين. كما أن الرعاية الطبية تركز على الجوانب السريرية للرعاية الصحية وتهمل الجوانب غير الطبية للمرض والصحة.

تشير الرعاية الصحية إلى تلك الأنشطة التي يمكن ربطها بصورة مباشرة أو غير مباشرة بالحفاظ على الحالة الصحية أو رعايتها أو تحسينها أو كل ذلك. ولا يتضمن هذا المفهوم الأنشطة الرسمية المرتبطة تاريخياً بطريقة عمل نظام الرعاية الصحية فحسب ولكنه يرتبط أيضاً بالأنشطة غير الرسمية مثل السلوكيات أو الممارسات أو الحمية الوقائية. وقد عزز من هذا التحول في النموذج المعياري تنامي إدراك الدولة للجوانب غير الطبية للرعاية الصحية وإدراكها كذلك للارتباط بين أسلوب الحياة والحالة الصحية. وكان أكثر العوامل المؤثرة في هذا الصدد يتمثل في إدراك الدولة بأن الاتجاه السائد في الطب الأمريكي القائم على نظام نظرية الأمراض القديمة تزداد عدم ملاءمته لإدارة الفئة الجديدة للمشكلات الصحية التي ظهرت خلال الربع الأخير من القرن العشرين. (سنتناول هذا التحول في النموذج المعياري بشيء من التفصيل في الفصل الثالث).

ومن التحليل النهائي لوضع الرعاية الصحية يمكننا القول إن الافتقار لتخطيط الرعاية الصحية يعد أفضل مسوغ من مسوغات التخطيط المستقبلي، إذ عندما نفكر

في مستوى الإنفاق على الخدمات الصحية وأن معظم ذلك ناتج عن عدم كفاءة الطريقة التي يعمل بها النظام، فسيكون من الصعب معارضة النهج المنظم للتعامل مع التحديات التي تواجه هذا المجال. فقد يُقال إن الولايات المتحدة الأمريكية تنفق أموالاً كافية على توفير رعاية «عالية المستوى» لكل رجل أو امرأة أو طفل بالدولة، وذلك إذا تمت إدارة هذه الأموال وتخصيصها بصورة صحيحة. إلا أن العديد من المواطنين يستغنون عن العلاج أو المداواة، كما أن ملايين الأمريكيين ليس لديهم طبيب خاص، ويُقدر عدد المواطنين الأمريكيين الذين لا تشملهم مظلة التأمين الصحي بما يزيد على ٤٠ مليوناً.

وبالمثل، فإن أهمية الرعاية الصحية لمجتمعنا – وأيضاً اقتصادنا – سيجعل من التخطيط الدقيق أمراً إجبارياً. ومن ثم يمكننا إعادة صياغة القول المشهور وهو «أن الرعاية الصحية في غاية الأهمية لدرجة أنه لا يتعين تركها في يد الأطباء السريريين». وعلى الرغم من أنه لا ينبغي استبعاد الأطباء السريريين من هذه العملية، فإن التخطيط يستدعي وجود رؤية أشمل للموقف بدرجة أكبر مما كان سائداً من قبل. وعندما يفكر المرء في نسبة السكان المشاركين في نظام الرعاية الصحية وكذلك تكلفة تقديم الخدمات الصحية سيجد أن غياب عملية التخطيط أمرٌ غير مقبول بالمرة.

تشهد الرعاية الصحية تغيرات متسارعة بحيث تؤدي كل موجة جديدة من موجات إعادة التنظيم إلى ظهور مجموعة مختلفة من الاحتياجات، فقد نتج عن ظهور الرعاية المدارة وحدها احتياج لمجموعة مختلفة تماماً من أجندات التخطيط. من كان يظن أنه سيأتي اليوم الذي يقول فيه المسئولون الإداريون بالمستشفيات بأن «السرير الجيد هو السرير الخالي من المرضى»؟ ومن كان يتوقع أن يُطلب من مسئولي التسويق أن يبحثوا عن المرضى الأكثر صحة وليس الأشد مرضاً؟ هذا ما يجعل أخصائيي الرعاية الصحية في جميع المنظمات الصحية التي يعملون بها يتعاملون مع بيئة غريبة وبشكل متزايد عن الصناعة الصحية.

نجد، ونحن على أعتاب القرن الحادي والعشرين، أن غالبية منظمات الرعاية الصحية تجتاز مرحلة حاسمة، إذ يعتمد نجاحها بشكل كبير على قدرتها على التكيف مع البيئة الجديدة. يستدعي الموقف تبني طريقة تفكير مختلفة بالكلية، وهي طريقة تفكير تتفق مع التطورات المتوقعة في الألفية الجديدة. إن التكيف مع تغيرات بهذا الحجم على نحو متعجل لن يكون نهجاً قابلاً للتطبيق في المستقبل، إذ إن سرعة التغيير وأهمية القرارات التي يجب اتخاذها تحتم وجود إطار عمل للقرارات بحيث

يمكن تصوره بشكل جيد كما يتعين أن يكون على هيئة خطط تمتد على نطاق المجتمع والمنظمة كذلك.

هنالك ضرورة ملحة لإعادة تعليم أخصائيي الرعاية الصحية بالنظريات والوسائل والبيانات المستخدمة في تخطيط الخدمات الصحية، وهذا يمثل سبباً آخر لتطوير أجندة التخطيط. وكما أنه يتعين إعادة هندسة المستشفى ليلائم البيئة الجديدة، فإنه يتعين أيضاً إعادة تعليم الأخصائيين الصحيين لمواصلة إسهاماتهم في عملية التخطيط.

هذه العوامل تجعل كلاً من إعادة إحياء تخطيط الخدمات الصحية وتوقيت إصدار هذا الكتاب مناسبين بشكل خاص. فالمشكلات الكامنة في الرعاية الصحية والتي ناقشها هذا الفصل تبين الحاجة إلى إتباع نهج جديد، ولذا فقد ازدادت أهمية تنظيم عملية اتخاذ القرار بدرجة أكبر مما كانت عليه في السابق. وهناك فارق بين أن تكون قادراً على التخطيط لتقديم خدمات صحية في بيئة مستقرة يمكن التنبؤ بها وبين أن يتم تطوير الخطط في بيئة غير مستقرة لا يمكن التنبؤ بها. لذا فإن هذه الأنشطة تزيد من أهمية التخطيط داخل منظمة الرعاية الصحية بدرجات عدة. إن عواقب اتخاذ قرار غير صائب قد تكون كارثية بالنسبة لمنظمة الرعاية الصحية. لذا نرى أن المطالب المتوقع أن تحققها خطة الخدمات الصحية والنتائج المترتبة على المخططين الصحيين تصل إلى مستويات غير مسبوقة.

أما الشيء الجيد فهو أن إمكانات القيام بأنشطة التخطيط داخل الرعاية الصحية قد شهدت تحسناً ملحوظاً في الآونة الأخيرة، فقد تم وضع مناهج سليمة لتخطيط الخدمات الصحية بعد عقد كامل من العثرات، كما أن البيانات ذات الصلة بالصحة أصبحت الآن متاحة بصورة أكبر حتى يمكنها أن تدعم اتخاذ المسئولين التنفيذيين في القطاع الصحي للقرارات، كما أصبحت كذلك التكنولوجيا المناسبة متاحة بشكل أكبر لكي يتم تطبيقها في مواجهة تحديات التخطيط.

لقد كشفت بعض الأحداث الدرامية، منذ أن تم البدء في نشر هذا الكتاب، عن استمرار معاناة نظام الرعاية الصحية بالولايات المتحدة الأمريكية من القصور، حيث أبرزت تلك الأحداث الدرامية مدى ضعف النظام. لذا فقد أوجدت هذه التطورات بيئة تجعل تخطيط الخدمات الصحية أمراً أكثر أهمية من ذي قبل كما تجعل أيضاً العواقب المحتملة لعدم التخطيط أخطر من ذي قبل.

الفصل الثاني
نظرة عامة على التخطيط الصحي

من المناسب أن نبدأ نقاشنا لتخطيط الخدمات الصحية بعرض نظرة عامة لهذه الوظيفة وفقاً للطريقة التي كانت تؤدى بها في الماضي أو في الحاضر. فقد تم في الفصل الأول مناقشة طبيعة التخطيط ويتعرض هذا الفصل لمختلف أنماط التخطيط التي يمكن تناولها تحت عنوان عام هو تخطيط الخدمات الصحية. ويقدم هذا الفصل ملخصاً تاريخياً لتخطيط الخدمات الصحية في الولايات المتحدة كما يقدم نظرةً عامةً للوضع الحالي للتخطيط الصحي في هذه الدولة.

وسيتم لهذا الهدف تقسيم تخطيط الخدمات الصحية إلى التخطيط على نطاق المجتمع والتخطيط على نطاق المنظمة، وسيتم الإبقاء على هذا التمييز بين التخطيط على نطاق المجتمع والتخطيط على مستوى المنظمة في جميع أجزاء الكتاب. وبينما تتشابه عمليات التخطيط الفعلي بشكل مطلق، إلا أن الأهداف والأطراف الفاعلة والمستفيدين مختلفون تماماً.

التخطيط على نطاق المجتمع:

يتضمن التخطيط على نطاق المجتمع تطوير خطة خدمات صحية تركز على نظام الرعاية الصحية الكلي الذي يخدم منطقة جغرافية محددة. حيث يكون المجتمع وليس المجموعة التنظيمية هو نقطة البداية ومحور التركيز داخل بيئة الرعاية الصحية. ويطلق على هذا النوع من التخطيط مجموعة متنوعة من الأسماء أكثرها شيوعاً هو التخطيط الشامل أو التخطيط على مستوى النظام. ويعتبر مصطلح «على مستوى النظام» مصطلحاً مربكاً لأنه أصبح يُستخدم في نطاق منظمات الرعاية الصحية الكبرى التي هيكلت نفسها بالشكل الذي يجعل منها «أنظمة»، وبالتالي، فإن مصطلح «التخطيط على نطاق المجتمع» سيُستخدم للإشارة إلى هذا النوع من النشاط التخطيطي.

ويمكن عزو عدد من الخصائص إلى التخطيط على نطاق المجتمع. فهذا النوع من التخطيط يبدوا مدخلاً شاملاً من الناحية الظاهرية. فينبغي النظر إلى نظام الرعاية بأكمله وبمعناه الأشمل، بالإضافة إلى مبادرات «التخطيط الصحي الشامل» التي

بدأت خلال ستينيات وسبعينيات القرن العشرين التي مثلت نموذجاً أولياً يجسد هذا النهج الشامل. وتستهدف هذه العملية في الوقت نفسه مجموع السكان من الناحية الظاهرية، فالمواطنون بأسرهم هم المستفيدون الذين تستهدفهم جهود التخطيط. وفي سبيل ذلك يتم قياس مستوى نجاح عملية التخطيط المجتمعي بالنظر إلى الحالة الصحية العامة للمجتمع بدلاً من النظر إلى الحالة الصحية للأفراد أو النظر إلى أثرها على منظمات رعاية صحية معينة.

ويغلب على الخطط الصحية المجتمعية المدى الطويل نسبياً مقارنة بإطارها الزمني، فهي عادةً ما تكون في نطاق خمسة إلى عشرة أعوام، وكلما كان الهدف أكثر شمولية (مثل تحسين الحالة الصحية العامة للمجتمع) زادت المدة اللازمة لتنفيذ الخطة. ولا يعني هذا ألا يتم التعامل مع الأهداف القصيرة الأجل، ولكن يعني أن تغيير مسار نظام الرعاية الصحية لمجتمع ما سوف يستغرق وقتاً أطول.

ومن المنظور التاريخي كان التخطيط على نطاق المجتمع يخضع لرعاية أحد الأجهزة الحكومية. ثم بدأت مبادرات التخطيط في ستينيات وسبعينيات القرن العشرين على المستوى الفيدرالي وجرى تنفيذها من خلال الأجهزة التابعة للولايات أو التابعة للحكم المحلي والأجهزة شبه الحكومية. ويُنظر إليه في كثير من الأحيان على أنه تخطيط «للقطاع عام» على الرغم من أن تأثير أنشطة التخطيط هذه يقع غالباً وبشكل مباشر على منظمات القطاع الخاص أكثر منه على المنظمات العامة. ويركز التخطيط على نطاق المجتمع إلى حد ما على منهج «الصحة العامة» وذلك لتحديد المشكلات الموجودة داخل المجتمع. وغالباً ما تشتمل هذه الأنشطة على عنصر تنظيمي وربما كان المقصود منها «السيطرة» على المنفعة والتكاليف أو تطوير المرافق أو جميع ذلك. ونظراً للطبيعة الشمولية للتخطيط على نطاق المجتمع، فإنه يمكن القول إن الأجهزة الحكومية وحدها هي التي يمكن أن تكون في وضع يمكنها من إدارة مثل هذه العملية، غير أن ذلك تسبب في كثير من الأحيان في وضع غير مريح حيث تسعى الأجهزة الحكومية لتحقيق أهداف عامة من خلال محاولات للسيطرة على سلوك منظمات القطاع الخاص.

في البيئة الجديدة للتخطيط على نطاق المجتمع والتي برزت خلال تسعينيات القرن العشرين، كانت هناك مقاومة لنهج التخطيط المفروض من «القمة على القاعدة» وهو ذلك النمط الذي اتسمت بها حقبة التخطيط الصحي الشامل خلال فترة الستينيات والسبعينيات. وفي واقع الأمر فإن معظم المبادرات الحالية التي انطلقت في مجال

التخطيط بدأت على المستوى المحلي وليس على المستوى الفيدرالي أو مستوى الولاية. وفي حين أن الأجهزة الحكومية قد تلعب دوراً في هذا الشأن، إلا أنه لا ينظر بالضرورة لمبادرات التخطيط الجديدة هذه على أنها وظائف حكومية، إذ أن كبار رجال الأعمال في كثير من المجتمعات ينضمون حالياً لفئات المجتمع المختلفة ومنظمات الرعاية الصحية بالقطاع الخاص بهدف التوصل إلى نهج حقيقي عام/خاص لحل المشكلات الصحية على نطاق المجتمع.

كان تركيز التخطيط الصحي المجتمعي من الناحية التاريخية منصباً على المنشآت والأفراد وهو ما يعكس إلى حد بعيد المعايير القياسية التي كانت تُستخدم عادةً في تقييم حالة نظام الرعاية الصحية. وعند عدم توافر أدوات مناسبة لقياس مدى ملاءمة النظام فإن المخططين الصحيين يحددون جوانب النقص أو الزيادة في العناصر المادية للنظام مثل أسرة المستشفيات والأطباء. وبالتالي، يمكن تقييم «صحة» النظام من حيث عدد أسرة المستشفيات لكل ١٠٠٠ نسمة أو نسبة الأطباء مقارنة بعدد المرضى.

ونظراً لشمولية منهج التخطيط على نطاق المجتمع، فإنه غالباً ما يتناول مواضيع أو مسائل لن تتطرق إليها أغلب المنظمات المشاركة في التخطيط الصحي بسبب مصالحها الخاصة الضيقة. وتشتمل هذه المواضيع على الصحة العامة والرعاية الخيرية والمخاوف البيئية والعوامل غير الطبية التي تؤثر على الحالة الصحية. وتضع مبادرات التخطيط على نطاق المجتمع في الاعتبار الاحتياجات الطبية للفقراء المعوزين كما تأخذ في الحسبان قياس مدى فعالية «شبكة أمان» الرعاية الصحية العاملة بالمجتمع. فالتلوث البيئي يعتبر في كثير من الأحيان مشكلة تستهدفها مبادرات التخطيط على نطاق المجتمع، ولكن نادراً ما يتم معالجته في التخطيط على مستوى المنظمة. ويمكن أن تؤخذ المسائل غير الطبية مثل الجريمة والإسكان والعنف المنزلي في الاعتبار عند تطوير فهم شامل لاحتياجات الرعاية الصحية للسكان.

تعريف «المجتمع»:

يمكن تصور عنصر «المجتمع» بوصفه أحد مكونات «التخطيط المجتمعي» على عدد من المستويات الجغرافية، حيث تتطابق هذه المستويات بشكل عام مع مستوى حكومي أو إداري معين، ولذا ينبغي وضع عملية تخطيط متكاملة تضم جميع مستويات الحكومة، كما هو الحال في أغلب الدول الأوروبية التي تتمتع بوظائف تخطيط مركزي. ومع ذلك يغيب هذا النوع من البناء الهرمي عن ساحة الرعاية الصحية في الولايات المتحدة.

أما على الصعيد الوطني، فتتحمل الحكومة المركزية بشـكل عام مسئولية تخطيط الخدمات الصحية، حيث يبدأ التخطيط الصحي في معظم المجتمعات على المستوى القومي في الواقع ويتم تطبيقه نزولاً من خلال نظام الرعاية الصحية، ومع ذلك فإن قدرة الحكومة المركزية في الولايات المتحدة على المشاركة في أنشطة التخطيط الصحي محدودة بشكل ملحوظ، كما أن الحكومة الفيدرالية تتمتع بسلطات محدودة في هذا الشأن، ولذا فإن مشاركة الحكومة المركزية في أنشطة التخطيط الصحي تقل عما هو عليه الحال في الدول الصناعية الأخرى.

والمستوى الثاني الذي يمكن أن يطبق فيه التخطيط على نطاق المجتمع هو المستوى الإقليمي، فالتخطيط الإقليمي في معظم النظم ذات التخطيط المركزي يشتمل على وحدات فرعية جغرافية محددة. وأثناء فترة التخطيط الصحي الشامل الخاضع لرعاية الحكومة الفيدرالية، كان يتم تقسيم الدولة لمناطق، إلا أنه لا يوجد في الولايات المتحدة حتى يومنا هذا مناطق إدارية محددة بشكل رسمي، وهو ما يعني عدم وجود أي درجة من درجات السلطة بين الحكومة الفيدرالية وحكومات الولايات. ومع ذلك، فقد تم تحديد بعض المناطق الفعلية المحددة التي قد يتم فيها تخطيط الخدمات الصحية، وهي تشمل سلطات إقليمية منشأة مهمتها التخطيط للمناطق الفقيرة في جبال الأبلاش Appalachian ودلتا الميسيسيبي Mississippi Delta. ويتم الإقرار بفائدة التخطيط الإقليمي وفقاً لمناطق الخدمات الصحية «غير الرسمية» (مثل منطقة الخدمة ذات الأقاليم المتعددة التابعة لمركز طبي رئيسي) التي يحددها مخططو الصحة.

أما المستوى الثالث الذي يمكن أن يطبق فيه التخطيط فهو الولاية، حيث نجد أن الولاية أو الإقليم في الولايات المتحدة وفي العديد من البلدان الأخرى تقع عليها مسئوليات محددة (بما في ذلك الخدمات الصحية) كما أنها مسئولة أيضاً عن تخصيص الميزانية اللازمة لتنفيذ هذه الأنشطة. وبالنسبة للولايات المتحدة فإن الولاية تأتي في مستوى تالٍ للمستوى القومي. ومن الناحية العملية، فإن معظم ما تقوم به الولايات المتحدة حالياً من تخطيط صحي يقتصر على مستوى الولاية.

أما أدنى مستويات الحكومة (وأقل مستويات تخطيط الخدمات الصحية) في الولايات المتحدة فهي الحكومة المحلية التي تتمثل في المقاطعات والبلديات، حيث يمكن في هذا المستوى تحديد سلطات التخطيط الصحي لتعمل على تخطيط أنشطة منظمات الرعاية الصحية في نطاق اختصاصها وتنظيم تلك الأنشطة أو رصدها أو كل ذلك معاً.

كما يمكن للمدن أيضاً أن يكون لها سلطات خاصة بالتخطيط الصحي إذا كانت تضم أعداداً كبيرة من المنشآت الصحية. وعادةً ما تتمتع منظمات التخطيط على المستوى المحلي بسلطة محدودة وغالباً ما تكون على شكل جمعيات تطوعية. ومع ذلك فهناك بعض الاستثناءات القليلة التي يحظى فيها التخطيط الصحي المحلي بسلطات كبيرة.

الآفاق الزمنية:

يمكن التمييز بين الخطط الصحية من حيث آفاقها الزمنية، إذ تُصنف عادةً على أنها إما قصيرة المدى أو طويلة المدى أو متوسطة المدى. وقد تتكون الخطة الواحدة من مراحل وفق هذه الآفاق الزمنية. فالتخطيط قصير المدى عادةً ما ينطوي على أفق زمني يمتد مداه من عام إلى عامين بينما يمتد التخطيط طويل المدى عادة لخمس سنوات أو أكثر. وبالطبع يقع التخطيط متوسط المدى بين هاتين الفترتين.

عادة ما تكون الخطط التي توضع على نطاق المجتمع طويلة المدى وذلك وفقاً لمعايير التخطيط الدولية، ويكون فيها الأفق الزمني البالغ خمس سنوات هو الشائع. ويبدو هذا الإطار الزمني بالنسبة لكثيرين إطاراً زمنياً معقولاً لأنه يتيح وقتاً كافياً لتحقيق التغييرات التي غالباً ما تكون ضخمة إلا أنه في الوقت نفسه لا يغير أنماط أي من الممارسات القائمة بسرعة كبيرة. وفي حين أن أنشطة التخطيط ينبغي أن تراعي أفق التخطيط البالغ خمس سنوات، يعتبر الكثير من المراقبين التطلع لخطة تدوم لأكثر من خمسة أعوام في بيئة الرعاية الصحية الحالية بمثابة مخاطرة.

أما بالنسبة للخطط متوسطة المدى، والتي تمتد عادةً لأقل من خمس سنوات، فإن أهدافها تكون أكثر تواضعاً كما هو معروف. أما في التخطيط على نطاق المجتمع، فقد يشتمل ذلك على أنشطة مثل إعادة هيكلة مجلس جهاز الصحة المحلية أو إنشاء نظام معلوماتي للصحة المجتمعية، إلا أنه من غير المحتمل تحقيق تغييرات جذرية في نظام تقديم الرعاية الصحية في ظل هذا الإطار الزمني.

وفيما يتعلق بالتخطيط قصير المدى فإنه لا يتسق مع مفهوم التخطيط على نطاق المجتمع، ولا يمكن إجراء سوى القليل من التغيير على هذا النظام في ظل ذلك الإطار الزمني الذي يمتد لعام أو عامين فقط. ويمكن تنفيذ بعض الأنشطة قصيرة الأجل التي تدعم الأهداف طويلة الأجل ولا يجدر أن يُنظر إليها على أنها غاية في حد ذاتها، فيمكن في هذا الإطار الزمني توظيف طبيب رعاية أولية بمنطقة محرومة أو إنشاء عيادة جديدة للرعاية الصحية على سبيل المثال.

التخطيط على مستوى المنظمة:

يشير التخطيط على مستوى المنظمة إلى التخطيط الذي يتم داخل مؤسسة رعاية صحيــة محددة أو لمصلحتها، ويتــم معظم ما قد يوصف اليوم بأنه تخطيط الخدمات الصحيــة داخل منظمات الرعاية الصحية وليس على مســتوى المجتمع. وعلى الرغم مــن أن التخطيط من جانب منظمات الرعاية الصحية لم يتم اعتماده بالكامل، إلا أن الســنوات الأخيرة شــهدت زيادة كبيرة في نشاط التخطيط (على الرغم من أنه يمكن الإشارة إليه بمصطلح آخر غير مصطلح «التخطيط»). وقد اتسع نطاق التخطيط في واقع الأمر بل وانصب التركيز عليه مجدداً.

ويختلف التخطيط على مستوى المنظمة عن التخطيط على نطاق المجتمع في عدد من النواحي الهامة. فكما أن التخطيط على نطاق المجتمع يتســم بالشــمولية واتساع قاعدته فإن التخطيط على مســتوى المنظمة يتسم بالضيق والتركيز النسبي. وبما أن التخطيط على نطاق المجتمع يستهدف توفير احتياجات المجتمع بأسره، فإن التخطيط على مســتوى المنظمة يســتهدف تحقيق فوائد محددة تجنيها المنظمة المشــاركة في التخطيط. وفي حين يســعى التخطيط على نطاق المجتمع إلى تشــجيع التغيير «على مســتوى النظام» يســعى التخطيط على مســتوى المنظمة إلى تقديم أهداف المنظمة والدفع بها بشكل مستقل عن نظام توفير الخدمات المجتمعية.

وفي حــين أن الهدف من التخطيط على نطاق المجتمع يتمثل في تحســين الحالة الصحية للســكان بشــكل عام، فإن هدف التخطيط على مســتوى المنظمة يتمثل في تعزيز مكاسب المنظمة. وبينما كان التخطيط الصحي المجتمعي من الناحية التاريخية وظيفــةً عامة، بــكل مقتضياتها، يقتصــر التخطيط على مســتوى المنظمة عادة على منظمــات الرعاية الصحية بالقطاع الخاص. غيــر أن هذا الاختلاف الأخير قد بدأ في الانحسار بعد أن بدأت منظمات عامة معينة في تبني أساليب التخطيط المؤسسي مع ظهور التحالفات في مجال الرعاية الصحية العامة في بعض المجتمعات على وجه الخصوص.

نشــأت بعض الدوافع الجديــدة للتخطيط في مجال الرعايــة الصحية مع ظهور شــركات الرعايــة الصحيــة الوطنية التي تســتهدف الربح، فهــذه الكيانات هي في أغلبهــا مؤسســات تجارية في المقام الأول ومنظمات صحية فــي المقام الثاني. وكان التخطيط الإســتراتيجي وتخطيط الأعمال من بين الممارســات التجارية التي جلبتها هذه المؤسســات لمجال الرعاية الصحية. وينبغي كذلــك أن يكون هنــاك حاجة ملحة

للتخطيـــط في منظمـــات القطاع الخاص بمعنى أن بقاءها يعتمـــد بصورة كبيرة على قدرتها على التحكم في مصائرها.

من المسئول عن التخطيط على مستوى المنظمة؟

ينبغي على كل منظمة من منظمات الرعاية الصحية بدءاً من أكبر سلسلة مستشفيات وطنية وحتى عيادة الطبيب الواحد أن تسعى للتحكم في مستقبلها لأقصى حد ممكن، فوضع خطة لا يعد ضمانة للتحكم في المســتقبل، بل إن ذلك ســيوفر ميزة لا تتوافر للمنظمـــات التي تعمل دون خطة. ومما لا شـــك فيـــه أن المنظمات المتعددة الأهداف مثل المستشـــفيات ينبغي أن تضع لنفســـها خططاً تتيح لها إمكانية التكيف مع بيئاتها المتغيرة والتنســـيق بين أنظمتها المختلفة والمتعددة، كما يواجه مقدمو الخدمة الآخرون من أطباء ومعالجين وغيرهم من المشتغلين بالطب ضرورة وضع خارطة طريق منهجية للمســـتقبل، وينبغي كذلك على مقدمي الخدمات المؤسسية الآخرين مثل دور المسنين ومؤسســـات الرعاية المنزلية ومرافق المســـاعدة على الحياة أن تكون قادرة كذلك على رسم مسار مدروس بشكل جيد.

ينبغي أن يكون لخطط التأمين الصحي، بما في ذلك خطط الرعاية المدارة القدرة على تحديد الاتجاه في المســـتقبل وتحقيق الأهـــداف المرجوة منها. فمن غير المرجح تحقيق أي نجاح في بيئة الرعاية الصحية في المستقبل من خلال المصادفة، لذا ينبغي على منظمات الرعاية الصحية أن تلعب دوراً فعالاً في «صياغة» مستقبلها.

قد تتمتع الشـــركات الساعية للربح وغير المشـــاركة في الرعاية المباشرة للمرضى بتاريـــخ أطـــول مع الأنمـــاط المختلفة للتخطيط. فكانت شـــركات الأدوية وشـــركات المســـتلزمات والمعدات الطبية تعمل بشكل يشـــبه رواد الأعمال عنه كمنظمات للرعاية الصحيـــة ولها تاريخ طويل في العمل التجاري الســـليم. كما تحتاج المختبرات الطبية وخدمات الدعم الأخرى إلى مدخلات التخطيط لتحديد الاتجاه المؤسسي المناسب.

مستويات التخطيط المنظمي:

تتم أنشـــطة التخطيط الأكثر وضوحاً بين منظمات الرعاية الصحية على المستوى المؤسسي، وقد يكون التخطيط على مستوى المستشفى مثالاً على ذلك. فنجد في بعض الحالات أن التخطيط قد يتم على مســـتوى النظام، وقد يشتمل على عدة مستشفيات وعلى مكونات أخرى رافدة للنظام. وربما يشتمل هذا على سلسلة مستشفيات ربحية

أو دور رعاية مسنين ربحية أو منظمة صحية منزلية لها الكثير من الأجهزة التابعة أو شبكة مستشفيات إقليمية. إلا أن التخطيط على مستوى النظام الصحي يمثل تحدياً نظــراً لتعقد مكونات النظام وكذلك انتشـــارها الجغرافي في كثير من الأحيان. وفي الوقت نفسه فإن الحاجة إلى دمج أنظمة مختلفة وثقافات مؤسسية تتطلب على الأقل وجود مستوى معين من التخطيط على مستوى النظام.

أما على مســتوى المنشـــأة، فيتم تنفيذ التخطيط على مســتوى المنشـــأة فقط وما يرتبــط بها من خدمات، حتى وإن كانت جزءاً من نظام أكبر. ومن الناحية التاريخية، فإن التخطيط على مستوى المنظمة يرتكز على الأقل على المستشفى، من بين المنظمات المشـــاركة في رعاية المرضى. فالعيـــادات والمراكز التخصصية ودور رعاية المســنين ومراكز العلاج المنزلي هي كيانات أخرى قد تقوم بتنفيذ خطط على هذا المستوى.

وعلى صعيد الوحدات الفرعية، يتم تنفيذ التخطيط لإحدى هذه الوحدات المميزة والتابعة لمنشـــأة أكبر. فربما امتلك أحد المستشفيات على سبيل المثال جهازاً للرعاية الصحيـــة المنزلية ويرى أن يقوم بالتخطيط لتطوير هذا الجهاز بشـــكل منفصل. وقد تنـــص لوائـــح الترخيص في واقع الأمـــر على ضرورة قيام التخطيـــط لجهاز الرعاية الصحية المنزلية بشكل مستقل عن المستشفي.

كما يمكن أن يتم التخطيط على مستوى الأقسام داخل المنظمة، حيث تتجمع مختلف الأقســـام بشكل مثالي لتشكيل خطة متناغمة تشـــمل مختلف مستويات المنظمة. أما في المنظمة الكبيرة، فقد يكون من الصعب تنفيذ تخطيط إســـتراتيجي مثلاً للمنظمة بأكملها دون الاعتماد على خطط على مســـتوى وحـــدات الأعمال. وبينما يمكن دمج هذه الخطط في النهاية تحت مظلة هيكل مؤسســـي في منظمة كبيرة، فإنه ينبغي أن يتم التخطيط بدرجة كبيرة على مستوى وحدات الأعمال.

أيضاً قد يحدث التخطيط على مســـتوى الإدارات داخل المنظمة، بل إن التخطيط التقليدي على مســـتوى المنظمة والذي يركز على الميزانيات والمنشآت والموارد البشرية يحـــدث عموماً في هذا المســـتوى. ونظـــراً لأن مفهوم التخطيط الإســـتراتيجي بات أكثـــر قبولاً فقد أصبحـــت الإدارات أكثر اندماجاً في عملية التخطيط على مســـتوى المؤسسة.

وأخيـــراً، قد يتم التخطيط على مســـتوى وحدة الأعمال. وقـــد ينطوي ذلك على وحدة أعمال إســـتراتيجية أو خط إنتاج. وفي هذه الحالة، فإن أنشطة التخطيط قد

تختصر الطريق في بعض المستويات الأخرى (مثل الإدارات والأقسام). لقد أصبح الكثيرون ينظرون إلى خط الخدمة بالمستشفى على أنه وحدة مناسبة للتخطيط نظراً لأن نجاحه يعتمد عادةً على قدرته على التنسيق بين الأنشطة في عدد من المجالات الوظيفية والتخصصية، فخط الخدمة يساعد أنواع التخطيط التنظيمي التي أصبحت شائعة بشكل متزايد، مثل التخطيط الإستراتيجي والتخطيط التسويقي وتخطيط الأعمال.

ويسهم حجم المنظمة وهيكلها وثقافتها في تحديد طبيعة عملية التخطيط والنهج والتطبيق الفني. ويمكن تقسيم منظمة الرعاية الصحية الوطنية ككيان مؤسسي متناغم يتمتع بضوابط إدارية مشددة في جميع أنحاء المنظمة. أو قد تشتمل على عدد من الشركات التابعة بشكل غير منضبط تحت مظلة شركة قابضة. وحتماً ستقوم منظمات القطاع الخاص بتناول التخطيط من منظور مختلف عن كيانات القطاع العام، وسيكون للمنظمات المشاركة في الرعاية المباشرة للمرضى وجهة نظر مختلفة عن تلك المشاركة في خدمات الدعم، وستتطلب المنظمات التي تبيع المنتجات نهجاً مختلفاً إلى حد ما عن تلك التي تقدم الخدمات دون بيعها.

ونجد أنه من المتوقع التأكيد على أنواع مختلفة من التخطيط على مستويات مختلفة داخل المنظمة كذلك، فكلما ارتفع المستوى بشكل عام كان التخطيط ذا طبيعة إستراتيجية، وكلما انخفض المستوى ازداد التركيز على التخطيط التشغيلي.

التركيز الجغرافي:

يمكن أن يتواجد التركيز الجغرافي للتخطيط على مستوى المنظمة في أي مستوى كما هو الحال بالنسبة للتخطيط على نطاق المجتمع. فربما تكون كبرى شركات المستلزمات الطبية عالمية من حيث نطاق عملها وتقوم بتنفيذ تخطيط مؤسسي على المستوى العالمي، ومع ذلك قد تفكر هذه المنظمات في الأسواق الوطنية وتقوم كذلك بالتخطيط على المستوى القومي مثل الشركات المحلية التي تركز على السوق الأمريكية.

وبينما تجد عدداً قليلاً من منظمات الرعاية الصحية الإقليمية في الولايات المتحدة، فإن هناك الكثير من الشركات الوطنية تقوم بتقسيم عملياتها إلى مناطق وتقوم بالتخطيط وفقاً لذلك. وقد تشكل بعض الأنظمة المحلية الكبيرة في الواقع عمليات إقليمية وقد تعكس أنشطتها التخطيطية هذا النطاق الأوسع. وقد يتم التخطيط على

مستوى الولاية مع منظمات مرخصة لتعمل على مستوى الولاية أو خلاف ذلك بحيث تقوم بأعمال داخل تلك الولاية المعنية. وعادة ما يتم ترخيص خطط التأمين الصحي، بما في ذلك منظمات المحافظة على الصحة، من خلال جهاز تابع للولاية المعنية، وقد يستلزم ذلك التخطيط على مستوى الولاية لهذه المنظمات.

يتسم معظم مقدمو خدمات الرعاية الصحية بأن لديهم ميولاً للعمل على المستوى المحلي، وقد تشير كلمة «محلي» في هذا السياق إلى حي واحد أو إلى منطقة خدمة متعددة المقاطعات، إلا أنه من المتوقع أن يعمل القائم بالتخطيط على مستوى المنظمة، وبالتالي، فإن القدر الأكبر من جهود التخطيط على مستوى المنظمة تركز في الوقت الحالي على المستوى المحلي.

التركيز الوظيفي:

لعل أفضل طريقة لتصنيف الأنواع المختلفة من التخطيط على مستوى المنظمة هو النظر إليها من حيث تركيزها الوظيفي. فالتركيز الوظيفي يُعنى في المقام الأول بالهدف الذي يقدمه النشاط التخطيطي داخل المنظمة. وباتباع هذا النهج، يمكن التعرف على الأنواع التالية من التخطيط:

- التخطيط الإستراتيجي، وينطوي على مطابقة الموارد التنظيمية مع القدرات التنظيمية لوضع المنظمة في مكان يتيح لها إمكانية الاستفادة الفرص المتاحة في السوق.
- التخطيط التسويقي، وينطوي على تحديد هدف واضح للأنشطة التسويقية و«المزيج التسويقي» الملائم لتحقيق الأهداف المتصلة بالسوق.
- تخطيط الأعمال، وينطوي على تخصيص الموارد والتنسيق بينها لتحقيق الأهداف التجارية للمنظمة.
- التخطيط المالي، وينطوي على التخطيط لإدارة موارد المنظمة.
- تخطيط المنشآت، وينطوي على التخطيط لتطوير الممتلكات الخاصة بالمنظمة وامتلاكها وإدارتها.
- التخطيط التقني، وينطوي على التخطيط لامتلاك وإدارة المعدات والموارد الحاسوبية وغيرها من الأصول القائمة على التقنية.
- تخطيط السياسات، وينطوي على التخطيط على المستويات العليا بهدف وضع سياسات من شأنها أن توجه مسار المنظمة من حيث المهام والعلاقات... إلخ.

- تخطيط البرامج، وينطوي على التخطيط لتطوير وإدارة مجموعة هائلة من البرامج والخدمات التي تميز المنظمة.
- تخطيط الموارد البشرية، وينطوي على التخطيط لتوظيف وإدارة شؤون العاملين.
- تخطيط العمليات، وينطوي على التخطيط لإدارة الأنشطة اليومية المفيدة للمنظمة.

الأفق الزمني:

وكما هو الحال بالنسبة للتخطيط على نطاق المجتمع، يمكن التمييز بين الخطط على مستوى المنظمة من حيث أفقها الزمني. فيتم عادةً تصنيفها على أنها قصيرة المدى أو متوسطة المدى أو طويلة المدى. وقد تشتمل خطة واحدة، في الواقع، على مراحل تتصل بكل أفق من هذه الآفاق الزمنية، وذلك على الرغم من أنه مع التخطيط على مستوى المنظمة، فإن الأفق الزمني سوف يعكس نوع الخطة. أما التخطيط الإستراتيجي فهو من حيث التعريف أطول مدىً في نطاقه، في حين أن التخطيط التشغيلي مقيدٌ بشكل أكبر من حيث الأفق الزمني. وعادةً ما يشتمل التخطيط قصير المدى على أفق زمني يمتد من عام إلى عامين، في حين يغطي التخطيط على المدى الطويل عادة خمسة أعوام أو أكثر. أما التخطيط متوسط المدى فيقع بينهما بالطبع. وبالنسبة للتخطيط على نطاق المجتمع، فهناك تباطؤ في وضع خطط تمتد لأكثر من خمس سنوات في المستقبل.

وعلى المستوى التنظيمي، فقد أدت التغيرات المتسارعة في طبيعة الرعاية الصحية، وربما بشكل غير مناسب، للتركيز على التخطيط قصير المدى. كما أن دخول الشركات الوطنية لهذا المجال والتي يتعين مراجعة أدائها من قِبل المساهمين كل ثلاثة أشهر أدى إلى تبني توجه قصير المدى بدرجة أكبر. ونتيجةً لذلك، فإن الأهداف طويلة المدى، وحتى رسالة المنظمة قد تأتي في مرحلة تالية للاهتمامات قصيرة المدى.

التخطيط الصحي في الولايات المتحدة: الماضي والحاضر:

التخطيط على نطاق المجتمع:

نظرة تاريخية:

ترجع بداية التخطيط الصحي الرسمي في الولايات المتحدة إلى قانون هيل بورتون Hill-Burton Act الذي صدر في عام ١٩٤٦. وطالب هذا القانون بعمل مسح وطني

لمنشآت المستشفيات مما أدى لضخ تمويل حكومي لمئات المستشفيات. وكان ذلك بمثابة أول مبادرة فيدرالية من نوعها توجه للرعاية الصحية، وهي مجال لم يكن في نطاق اهتمام الحكومة الفيدرالية حتى خمسينيات القرن العشرين. وبالرغم من أنه لا يعد مبادرة تخطيط في حد ذاته، إلا أن تنفيذ أحكام القانون استلزم الشروع في عدد من الأنشطة التخطيطية (مثل تقييم الاحتياجات واختيار المواقع وتخصيص الموارد).

ويعود التخطيط الرسمي للرعاية الصحية في الولايات المتحدة إلى قانون التخطيط الصحي الشامل Comprehensive Health Planning Act لعام ١٩٦٦. وكانت هذه المبادرة التخطيطية استجابةً لاكتشاف تم التوصل إليه في ستينات القرن العشرين بأن قطاعات واسعة من السكان لا يحصلون على الرعاية الصحية السائدة، فضلاً عن المخاوف بشأن عدم المساواة في تقديم الخدمات لشرائح مختلفة من السكان. وطالب هذا القانون بإنشاء مبادرة تخطيط بتنسيق وتمويل فيدرالي لضمان حصول كل مواطن أمريكي على الرعاية الصحية الكافية.

وقام البرنامج بإنشاء أجهزة تخطيط على مستوى الولاية وعلى نطاق المنطقة (أي دون مستوى الولاية) لتطبيق عملية التخطيط. وتحملت هذه الأجهزة مسئولية وضع خطط حكومية وتم تكليفها بمسئولية تنسيق أنشطة الرعاية الصحية في المناطق الجغرافية الخاضعة لسلطتها، كما قامت أجهزة التخطيط بوضع مبادئ توجيهية لتطوير المنشآت والبرامج.

وكانت الوسيلة الرئيسة المتاحة لهيئات التخطيط لكي تدفع باتجاه تطوير الخدمات الصحية هي التحكم في وضع خطط الخدمات الصحية من خلال استعراض وتقييم مشاريع الرعاية الصحية التي تم اقتراحها من قبل الجهات المهتمة بصحة المجتمع. ومع ذلك، لم يكن باستطاعة هيئات التخطيط سوى تقديم توصيات فيما يتعلق بالمشاريع المقترحة وكانت لها سلطة محدودة في إحداث التغيير.

وكان البرنامج الطبي الإقليمي Regional Medical Program (RMP) بمثابة مبادرة فيدرالية أخرى تم إطلاقها في منتصف ستينيات القرن العشرين لتتولى مسئولية تنسيق وتعزيز الخدمات الصحية داخل مناطق خدمات صحية محدودة. وتم إنشاء هذه البرامج على مستوى البلاد وتولت مسئولية تسهيل انتشار التقنية الطبية وغيرها من الإنجازات لتنطلق من المراكز الطبية الرئيسية إلى المناطق المحيطة بها. ورغم أن التخطيط لم يكن من بين المسئوليات المعلنة لهذه البرامج، كانت هناك

حاجة لمستوىً معين من التخطيط لضمان نجاح خطط البرنامج الطبي الإقليمي في نشر المعرفة الطبية في جميع أنحاء مناطقها. وكان التركيز الصحي للبرامج الطبية الإقليمية فئوياً، حيث تعامل مع عدد قليل من الأمراض بدلاً من التعامل مع المدى الكلي للمشاكل الصحية. ففي أجزاء كثيرة من البلاد، قامت البرامج الطبية الإقليمية بتنسيق أنشطتها مع أجهزة التخطيط الصحي القائمة (التي أنشئت بموجب قانون التخطيط الصحي لعام ١٩٦٦). وحتى هذا التعاون كان إشكالياً لأن كلتا المنظمتين لم تقوما في كثير من الأحيان بتقاسم الحدود الجغرافية.

وثمة تطور مهم آخر خلال هذه الفترة وهو إنشاء برنامج الرعاية الصحية لكبار السن وبرنامج المساعدة الطبية للفقراء Medicare and Medicaid programs. ورغم أن برامج الرعاية الصحية للكبار أو المساعدة الطبية للفقراء لم تتضمن أية مسئوليات تخطيط كبيرة، إلا أنه لوحظ في كثير من الأحيان أن تشغيل هذين البرنامجين كان له تأثير كبير على أنماط الممارسة الطبية وكانا، بهذا المعنى، بمثابة قوة لتغيير طبيعة نظام الرعاية الصحية.

وتم إعادة تفعيل أنشطة التخطيط على الصعيد القومي في عام ١٩٧٤ مع سن قانون التخطيط الصحي القومي وتنمية الموارد National Health Planning and Resources Development Act. وكان الدافع وراء هذا القانون هو تصاعد المخاوف حيال عدم وجود طرق فعالة وموحدة لتوفير الرعاية الصحية، إلى جانب سوء توزيع منشآت الرعاية الصحية والعاملين بها وارتفاع تكاليفها. وكان هذا القانون الذي تمتع بمكانة مالية أفضل من المبادرة التخطيطية لعام ١٩٦٦ يدعو لإنشاء مجالس تنسيق صحية على مستوى الولاية وإنشاء هيئات محلية للأنظمة الصحية.

ولمعالجة مشكلة عدم وجود سلطة أو صلاحية والتي ميزت جهود التخطيط السابقة، قدم قانون التخطيط الجديد عملية شهادة الحاجة certificate-of-need كوسيلة للتحكم في تطوير المنشآت والخدمات. وتتطلب عملية شهادة الحاجة قيام مقدم الرعاية الصحية الذي يسعى لبناء منشآت إضافية أو تغيير خدمة بإثبات وجود حاجة للمشروع. وكان الهدف هو التأكيد على أن أي مشروع جديد يجب أن ينسجم مع إطار التخطيط الذي تم وضعه على مستوى الولاية. كما يهدف للحد من الازدواجية في تقديم الخدمات والمعدات التي كانت تتسبب في ارتفاع التكاليف. (انظر مربع ٢-١ لمناقشة عملية شهادة الحاجة).

وصلـت هــذه التجربة فــي التخطيط الصحي إلــى نهايتها خــلال إدارة الرئيس الأمريكــي ريجان في أوائل ثمانينيات القرن العشــرين. وعلى الرغم من إحراز بعض النجاحات، إلا أن التخطيط الصحي الشــامل لم ينجح في كســب العديد من الحلفاء السياسيين ولكنه حظي بعدد قليل من المناصرين. ونتيجة لذلك، فقد كان اضمحلال هذه المشــاريع نهاية لأي من مبــادرات التخطيط الفيدرالية الرســمية. ومع دخولنا أعتاب القرن الحادي والعشــرين، قدمت الحكومة الفيدرالية دعماً محدوداً للتخطيط الصحــي من خلال مبادرات كان منها مبادرة «شــعب معافــى ٢٠١٠»، وهيئة « إدارة المــوارد الصحية والخدمــات». إن مبادرات التخطيط الصحــي المدعوم على النطاق الفيدرالي هي حلمٌ بعيد المنال.

مربع ١-٢

عملية شهادة الحاجة

خلال عصر اتســاع «التخطيط الصحي الشــامل» الذي بدأ في منتصف ستينيات القرن العشــرين وامتد إلى أوائل ثمانينيات القرن العشرين، حاولت أجهزة الرعاية الصحيــة التحكم في طريقة اســتخدام الخدمات الصحيــة وتكاليفها المبدئية من خلال ضوابط وضعت لضبط عملية تقديم الرعاية الصحية وتوسعها. وكانت أولى أدوات تنفيذ تلك الضوابط هي عملية «شــهادة الحاجــة». فبعد النص عليها في الإجراءات الحكومية، أسيئ استخدام الشهادة من قِبل العديد من الولايات كوسائل للتحكــم في بناء المرافق وتطويرها والحصول علــى معدات غالية الثمن من جانب مقدمي الرعاية الصحية.

إن فكرة الشــهادة بســيطة إلى حد ما، فهي تفوض بوجوب ملء اســتمارة «شهادة الحاجــة»، التي تبــرر المرافق المقدمة أو المعــدات أو الخدمات بنــاءً على معايير معينــة تعكــس حاجات المجتمــع. والفكرة المتضمنــة هنا هــو أن أطرافاً حيادية ســتراجع أي شــهادة مقدمة وتوافــق أو لا توافــق على تنفيذهــا. وتحت رعاية التخطيط الصحي الشــامل، اتخذ هذا القرار على المســتوى المحلى، وبالتالي تمت مراجعته على المســتوى الإقليمي (أقل من مستوى الولاية) ثم على مستوى الولاية.

وبموجب برامج التخطيط الصحي الشــامل المدعومــة فيدرالياً، يتم وضع معايير موحــدة خاصة بتنفيذ «شــهادة الحاجــة»، وبالتالي فقد اتبعــت كل ولاية منهجاً متشابهاً واســتخدمت معايير متشابهة لمراجعة الاســتمارات المقدمة. وتعين على

كل ولايـة إعداد خطة للصحـة خاصة بها وملتزمة بالمعاييـر الفيدرالية. وعلاوة علـى ذلك فقد وضعت كل ولاية معايير محلية مكملة للمعايير الفيدرالية يعمل بها كقاعدة لتقييم دقة وملائمة الطلب المقدم، وبالتالي فقد وجدت أسس حددت العدد المناسب لأسرة المستشفيات أو عدد الأطباء لكل ألف من السكان المقيمين أو المنطقة السكنية المناسبة لجهاز معين من أجهزة التشخيص. كما تعين أن تكون شروط أي مشـروع مقدم متوافقة مع الحاجات المحـددة والمنصوص عليها في الخطة الطبية وتحقق المعايير الموضوعة لتبرير تقديم الخدمة.

كان للتنفيذ الأولي لقانون شهادة الحاجة تأثير طفيف على توافر المرافق والخدمات والمعـدات. ويرجع هذا في المقام الأول إلى حقيقـة أن أجهزة التخطيط الصحي ليس لديها سلطة فعلية لتنفيذ القرارات الخاصة بطلبات شهادة الحاجة. وتستطيع منظمات الرعاية الصحية، وغالباً ما فعلت ذلك، تجاهل قوانين الجهاز القائمة على التخطيـط ويوجد الكثير مـن الحالات في هذا الصدد تم فيهـا توفير المرافق أو تقديم الخدمات أو شراء المعدات بعد رفض طلب شهادة الحاجة.

وقد وسـع قانون التخطيط الصحي الصادر في سـبعينيات القرن العشـرين من سـلطة أجهزة التخطيط وأسـس عدداً من العوائق التي تستطيع أجهزة التخطيط اسـتخدامها لتشـجيع الالتزام بقوانين شـهادة الحاجة، ومن تلك العوائق التهديد بإيقـاف التمويل الحكومـي (مثل إعادة تمويل الرعاية الطبيـة) لمنظمات الرعاية الصحية التي لم تطبق قوانين شهادة الحاجة.

وقد ثار جدل واسـع حول نجاح عملية شـهادة الحاجة في التحكـم بعملية توفير المرافق والخدمات والمعدات وحول المشاركة النهائية النى قدمتها تلك العملية لجودة الرعاية وتكلفة الخدمات. يضاف إلى ذلك الخلاف حول ملائمة أي نوع من أنواع السـلطة الحكومية على أنشـطة منظمات الرعاية الصحية. والجدير بالذكر أنه لا يوجـد نمط ثابت خاص بتأثير قانون شـهادة الحاجة في الحالات التي تتضمن تلك العملية اليوم. هذا وتظهر العملية وكأن لها تأثيراً واسـعاً على أنظمة الرعاية الصحيـة في بعض الولايات، وأثراً محدوداً في ولايـات أخرى. ويعكس ذلك إلى حد كبير الاختلافات في أشـكال برامج شـهادة الحاجة وفي الطرق التي تدار بها تلك العملية. فبعد توقف التمويل الفيدرالي للتخطيط الصحي الشامل، تبنت عدة ولايات (وبعض الأجهزة المحلية) مناهج متشـعبة على نطاق واسـع لتطبيق عملية

شهادة الحاجة. والحقيقة أن العديد من الولايات أوقفت تلك العملية تماماً. وعلى الرغم من ذلك، فقد أعادت تلك الولايات تأسيس بعض من قواعد عملية شهادة الحاجة. وبالنسبة لأغلب الولايات، فإن العملية تخضع لمراجعة مستمرة مصحوبة بجهود دورية يتم تقديمها لتغيير العملية بطريقة أو بأخرى.

تتنوع أحكام برامج شهادة الحاجة بشكل واسع بين الست والثلاثين (ولاية ومقاطعة كولومبيا) التي تبنت العملية عام ٢٠٠١ (American Health Planning Association 2002). وتحاول أغلب الولايات تنظيم النفقات الرأسمالية والحصول على معدات وإنشاء خدمات جديدة في حين ينظم البعض الآخر واحداً أو اثنين فقط من تلك المجالات. والحقيقة أن جميع الولايات التي تنظم النفقات الرأسمالية لديها الحد الأدنى من رأس المال الأولى قبل أن يتطلب الأمر شهادة حاجة. ويجب في عدة ولايات، الموافقة على رأس مال المشاريع، في حين أن هناك مشاريع أخرى مشابهة يقدمها الأطباء لا تتطلب موافقة. وتتعقد الصورة بشكل أكبر مع حقيقية أن هذه الولايات تختلف فيما بينها فيما يتعلق بمكونات النظام الذي يديرونه، كما يجب في بعض الولايات الاتفاق على الخدمات العلاجية الجديدة، بينما في البعض الأخر تتطلب الصحة المنزلية أو خدمات الرعاية الصحية الممتدة مثلاً طلب شهادة الحاجة.

ويعتبر إعداد طلب شهادة الحاجة عملية معقدة تتطلب خبرة واسعة في مختلف الموضوعات. فيجب على الطلب أن يبرر الحاجة للمشروع، والذي يجب أن يعتمد أيضا على خصائص مجال الخدمة وأساليب العمل المتوافرة. ويجب إثبات سلامة المشروع من الناحية المالية الأمر الذي غالباً ما يتطلب إشراك محللين لإدارة الأعمال ذوي خبرة. أيضاً يجب على المشروع أن يحقق جميع الشروط القانونية (مفوض بشهادة الحاجة أو غير ذلك) ويجب أن تتوافق المكونات المادية الأساسية مع الإرشادات التي يضعها جهاز تخطيط شهادة الحاجة. ويجب أن يثبت المتقدمون أن لديهم دعماً مجتمعياً للمشروع، ولديهم أنماط موجودة بالفعل والتي لن تتعطل بشكل متكرر. ويجب أن يلتزم المشروع بخطة الولاية (في حالة وجود خطة) وأي إرشادات متوافرة تتعلق بالحد الأدنى من متطلبات الخدمات (مثل: ٢٠ ألف مقيم على الأقل لدعم معمل للقسطرة). ونظراً لتعقد عملية طلب شهادة الحاجة يتطلب الأمر خبراء في مجال أبحاث السوق والتحليل المالي وقوانين الصحة ومهندسين وخبراء العمارة والمجالات السريرية مع المكمل النموذجي للفئات الإدارية المطلوبة لنجاح عملية تطوير طلب شهادة الحاجة.

ويتطلب الأمر رسوم ملء استمارة طلب شهادة الحاجة وهو يعد مسألة خلافية في حد ذاته. ومن جهة أخرى ادعى البعض أن رسوم الملء نفسها تشكل عائقاً في طريق الحركة الحرة للسوق خاصة وأنها تحدد طرق الوصول للعملية في وجه منظمات الرعاية الصحية الجيدة. وفي العديد من الولايات، يتم استخدام رسوم الملء بشكل أساسي في تمويل عمليات هيئة شهادة الحاجة.

ومما تجدر الإشارة إليه أنه لا يوجد إجماع بالنسبة لقيمة عملية شهادة الحاجة باعتبارها أداة لإدارة التطوير في أنظمة توفير الرعاية الصحية. وبالتأكيد توجد آراء مؤيدة وأخرى معارضة لهذه الطريقة في محاولة التحكم في توفير خدمات الرعاية الصحية. والعملية نفسها مستمرة في التطور وتم تقديم نماذج معدلة من عملية شهادة الحاجة في ولايات مختلفة. وعلى الرغم من تحفظ بعض المراقبين فعلى الأرجح أن عملية شهادة الحاجة في بعض صورها ستزداد أهمية مع إعادة إحياء حركات التخطيط الصحي في بداية القرن الحادي والعشرين.

المراجع:

American Health Planning Association (2002). National Directory of Health Planning, Policy and Regulatory Agencies. Falls Church, VA: American Health Planning Association.

الوضع الحالي:

منذ نهاية مبادرات التخطيط الصحي الممول من الحكومة الفيدرالية في بداية ثمانينيات القرن العشرين، لم يتم فعلياً أي تخطيط للخدمات الصحية على المستوى القومي. فقد عانى جهاز التخطيط، على محدوديته، من التفكك في ظل إدارة ريجان. واليوم لا مكان للتخطيط الصحي في الهيكل الفيدرالي. وبالرغم من ذلك لا يعني هذا أن أنشطة التخطيط لا تتم، إذ إن الكثير منها يتم تفعيله إلا أن تأثيرها يمكن أن نلمسه بشكل غير مباشر ومثل تلك الأنشطة لا يشار إليها رسمياً كأنشطة تخطيط.

إن غياب أي أنشطة للتخطيط الرسمي من جانب الحكومة الفيدرالية يضعف من تأثير الحكومة الفيدرالية على الاتجاه الذي يسلكه نظام الرعاية الصحية. فالحكومة تشترك في عدد من الأنشطة التي تؤثر بشكلٍ ضمني في سياسات وممارسات الرعاية الصحية، إلا أنها لا تعتبر تخطيطاً صحيحاً. وربما يتم ممارسة التأثير الأكبر من خلال التحكم في التمويل. فالحكومة الفيدرالية تقدم جزءاً كبيراً من نفقات الرعاية

الصحيـــة بالإضافة إلى حوالي ٦٠٪ من نفقات الرعاية الصحية المباشـــرة للمرضى. ويتم بشـــكل أساسي توســـيع تلك النفقات من خلال تشغيل برامج المديكير والمديكيد. وحقيقـــة الأمر أنـــه يمكن القول بأن برنامـــج مديكير كان له تأثيـــر أكبر على أنماط الممارسة داخل نظام الرعاية الصحية بالولايات المتحدة من أى تطور منفرد آخر.

يشـــترك عدد من الأجهزة الفيدرالية في برامج تتخذ طابع التخطيط، فجهاز خدمة الصحـــة العامة الأمريكية U.S. Public Health Service يقوم بمراقبة مســـتوى كفاءة أطبـــاء الرعاية الأساســـية والأطباء الآخرين ويصدر تقاريـــر دورية تحدد مناطق نقص الخدمـــات الصحيـــة. والحقيقة أن الجهاز مشـــترك في برامج مثـــل جهاز الخدمات الصحيـــة القومية National Health Service Corps التي تســـعى للعب دور في توزيع أطباء الرعاية الأساســـية في المناطق ذات الخدمات الصحية المحدودة. ويحتفظ مكتب المهن الطبيـــة Bureau of Health Professions وهو جزء من إدارة الصحة والخدمات الإنســـانية Department of Health and Human Services بقاعـــدة بيانات للأطباء وموظفي الرعاية الصحية الآخرين، كما تحتفظ أجهزة أخرى بقوائم خاصة بالمنشـــآت الصحيـــة وغالباً ما تقوم بتقييم كفاءة تلك المنشـــآت من حيث المجتمعات التي تخدمها. كمـــا يحتفظ مركز خدمات برنامج المديكير والميدكيد The Center for Medicare and Medicaid Services (CMS) بقاعدة بيانات لأنواع متعددة من المرافق. كما يتولى أحد الأجهزة الأخرى مهمة مراقبة عملية التســـجيل في منظمات صيانة الصحة. ورغم أن أياً من تلك الأنشـــطة لا يعتبر تخطيطاً بمعناه الصحيح، إلا أن تطبيق مثل هذه البرامج يؤثر على تخصيص الموارد وتطوير سياسات الرعاية الصحية على المستوى القومي.

ربمـــا يتمثل أبرز أنشـــطة التخطيط التـــي تبنتها الحكومـــة الفيدرالية في مبادرة «شـــعب معافى ٢٠١٠» التي رعاها مكتب مكافحة الأمراض وتحسين الصحة Office of Disease Prevention and Health Promotion ضمـــن إدارة الصحـــة والخدمات الإنســـانية. وشملت مبادرة «شـــعب معافى ٢٠١٠» التي تم إعدادها أساساً في نهاية ثمانينيات القرن العشرين تحديد المناطق المستحقة للاهتمام في الرعاية الصحية التي قد تســـتفيد من تأثير سياســـات صنع القرار في الحكومة الفيدرالية. وتقوم البحوث الجارية باستمرار بمراقبة مناطق الاهتمام وتم وضع مؤشرات لمتابعة التقدم الذي تم إحرازه في مواجهة هذه القضايا، كما تم وضع أهداف عامة وأهداف محددة لكل فئة وتم كذلـــك وضع معايير للوصول إليها بحلول عـــام ٢٠١٠ (انظر مربع ٢-٢ لمزيد من التفاصيل حول مبادرة شعب معافى ٢٠١٠).

قامت الحكومة الفيدرالية من خلال تخصيص التمويل اللازم لتطوير المنشآت وتدريب المهن الصحية - والذي غالباً ما كان مشروطاً - بالتأثير في عدد المستشفيات ومواقعها وفي خصائص الأطباء. كما حاولت الحكومة الفيدرالية من خلال التأثير في تمويل التعليم الطبي، على سبيل المثال، إعادة توزيع الأطباء من الرعاية المتخصصة إلى الرعاية الأساسية. كما كان تمويل البحث الطبي القومي الضخم بالبلاد مساهماً رئيساً غير مباشر في توجيه نظام الرعاية الصحية. فمن خلال تحديد أولويات التمويل وتخصيص الأموال وفقاً لذلك، قامت الحكومة الفيدرالية بتحديد أولويات البحث. كما أن حقيقة أن الوقاية لا تزال تحتل مكانة متأخرة مقارنة بالعلاج والشفاء تعكس تدني مستوى الاهتمام بالوقاية داخل مؤسسة البحوث الفيدرالية.

كما تمارس الهيئات الفيدرالية تأثيراً تخطيطياً من خلال الأجهزة التشريعية والتنظيمية التي تتحكم فيها الحكومة القومية. ويمكن الشعور بتلك الهيئات بطرق عدة بداية من هيئة الصحة والسلامة المهنية Occupational Health and Safety Agency إلى أنشطة إدارة الأغذية والأدوية Food and Drug Administration واللوائح التي تسنها مراكز خدمات المديكير والميديكيد.

ولم يتم أبداً تطوير أنشطة التخطيط على المستوى الإقليمي بشكل جيد، وتوجد حالياً مجالات محدودة لتطوير خطط على هذا المستوى. فالحالات الوحيدة التي يوجد فيها تخطيط إقليمي هي من خلال هيئات إقليمية مثل لجنة الأبالاشيان الإقليمية Appalachian Regional Commission ولجنة دلتا المسيسيبى الإقليمية Mississippi Delta Regional Commission. ورغم أن هذه الترتيبات الإقليمية ليست ضمن مبادرات الرعاية الصحية بحد ذاتها إلا أنه يتم غالباً تناول بعض مسائل الرعاية الصحية. ورغم أن هذه الهيئات الإقليمية قد تشتمل على تمويل لأنشطة ذات صلة بالصحة، إلا أنها وبشكل عام لا تملك سلطة لتطبيق أي من مبادرات الرعاية الصحية.

وقد احتفظت عدة ولايات بهيكل تخطيط صحي بعد انتهاء التخطيط الممول فيدرالياً خلال ثمانينيات القرن العشرين. ويستمر بعضها في وضع خطط الرعاية الصحية للولاية مع اختلاف مستوى الجهة ونطاق التخطيط ومداه وتأثير عملية التخطيط من ولاية إلى أخرى وبشكل كبير. كما أن هناك عدداً قليلاً من أجهزة التخطيط التي تمتلك سلطة مؤثرة لتنفيذ الخطط، حيث يقتصر تأثيرها بشكل أساسي على الإشراف والرقابة على تلك الأنشطة.

ويتمثل أحد أهم الوظائف المتأصلة في التخطيط الصحي الشامل في تشغيل عملية شهادة الحاجة. ففي إطار التخطيط الصحي التقليدي كان لزاماً على أي مؤسسة تسعى لإضافة أو تغيير خدمة أو منشأة أن تثبت وجود حاجة إلى ذلك. وكانت عملية الإثبات تلك قائمة على معايير معينة مطبقة وموافقة للأولويات الموضوعة في الخطة الصحية الخاصة بالولاية. وكان الهدف من ذلك يتمثل في تحفيز عمليات التطوير المنظم للمنشآت والمعدات والخدمات والحد في نفس الوقت من ازدواجية الخدمات. وبحلول عام ٢٠٠١ كانت ستٌ وثلاثون ولاية ومقاطعة كولومبيا قد استمرت في تنفيذ برامج شهادة الحاجة مع اختلاف مستويات كثافة التطبيق بين هذه الولايات (الجمعية الأمريكية للتخطيط الصحي، ٢٠٠٢). (لمزيد من التفاصيل حول شهادة الحاجة نرجو الرجوع إلى مربع ١-٢).

مربع ٢-٢

مبادرة "شعب صحي ٢٠١٠"

تعد مبادرة شعب صحي التي تمت برعاية الحكومة الفيدرالية أقرب الأمثلة لبرنامج يعد مجهوداً قومياً نحو التخطيط. ويقوم على إدارة البرنامج مكتب مكافحة الأمراض وتحسين الصحة، وإدارة الصحة والخدمات الإنسانية داخل الولايات المتحدة. وقد تم تأسيس مبادرة «شعب صحي»، المستوحاة من تقرير كبير الجراحين في عام ١٩٧٩، كإطار لتحسين الحالة الصحية للشعب الأمريكي. ورغم أنها لا تعد وثيقة تخطيط بالمعنى الفني إلا أن الهدف منها هو تشجيع حدوث ثورة ثانية في الصحة العامة تركز على أهمية الصحة الوقائية.

بدأت مبادرة «شعب معافى ٢٠١٠» في تسعينيات القرن العشرين كتكملة لمبادرة برنامج «شعب صحي ٢٠٠٠» التي تم تأسيسها في ١٩٩٠ كجدول متكامل لزيادة سنوات الحياة الصحية، ولتقليل الفوارق في مستوى الرعاية الصحية بين مجموعات السكان المختلفة وتحسين خدمات الصحة الوقائية. وبالنسبة للحكومة الفيدرالية، فإن مبادرة «شعب معافى ٢٠١٠» تمثل إطاراً لقياس الأداء وتعمل كأداة إستراتيجية للإدارة. ويقاس نجاح المبادرة على أساس ما تحققه من تغيير إيجابي في مستوى الصحة وتقليل عوامل الخطر وتحسين خدمات صحية بعينها.

ولوضع حجر الأساس لمبادرة «شعب صحي»، تم تنفيذ أنشطة واسعة لجمع بيانات متصلة باثنين وعشرين مجالاً من مجالات الأولوية لعام ٢٠٠٠ وثمانية وعشرين

مجـــالاً من مجـــالات الأولوية لعـــام ٢٠١٠. وتضمنت هذه الجهـــود تجميع الكثير من البيانات المتعلقة بتلك المواضيع التي يمكن اســـتخدامها كأساس لوضع أهداف البرنامج. هذا ويتم القيام بعمليات مراقبة مستمرة لرصد مستوى التقدم الذي تم إحرازه في تحقيق أهداف مبادرة «شعب معافى ٢٠١٠».

وتم وضع سلســـلة من الأهداف لكل مجال من مجالات الأولوية الثمانية والعشرين، الأمر الذي نتج عنه ٤٦٧ هدفاً. وبالنســـبة لمجال «صحة الأمومة والطفولة»، على سبيل المثال، فيشمل الأهداف التالية:

خفـــض معـــدل وفيات الأطفال إلى ما لا يزيد علـــى ٤,٥ حالة وفاة لكل ألف حالة ميلاد بحلول عام ٢٠١٠.

خفـــض معدل وفيات الأجنة إلى ما لا يزيد علـــى ٤,١ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ حالة ميلاد بحلول عام ٢٠١٠.

خفض معدل وفيات الأمهات إلى ما لا يزيد على ٣,٣ حالة وفاة لكل ١٠٠٠٠٠ حالة ميلاد بحلول عام ٢٠١٠.

وينتج عن أغلب تلك الأهداف أهدافٌ ثانوية تعد أكثر تحديداً، فالهدف من خفض معـــدل وفيات الأطفال على ســـبيل المثال، يصحبه هدف آخـــر ثانوي يهتم بمعدل وفيات الأطفال لســـكان بعينهم (مثل الأمريكيـــين من أصل إفريقي وأصل لاتيني). والحقيقة أن الفارق الأكبر بين مبادرة «شعب صحي ٢٠٠٠» ومبادرة «شعب معافى ٢٠١٠»، هـــو أن الأخيرة تركز أكثر على الفوارق في الحالة الصحية بين مجموعات سكانية متعددة. ومنذ انطلاق مبادرة «شعب صحي» ساعد تجميع البيانات بشكل متطور على إمكانية قياس الأداء بشكل أكثر دقة.

وبينمـــا تقدم مبادرة «شـــعب معافى ٢٠١٠» إطاراً للتخطيـــط، فإنه لا يوجد خطة أعمال رسمية تحقق أهداف تلك المبادرة. يضاف إلى ذلك، عدم امتلاك البرنامج سلطة تفويض الأنشطة التي قد تسهم في تحقيق أهدافها الموضوعة. ويتم القيام ببعض التأثير غير المباشـــر، ولكن من خلال التوزيـــع الانتقائي للمبالغ المخصصة لتمويل البحـــوث الحكومية. فينبغي على المتقدمـــين للحصول على أموال تمنحها الحكومـــة الفيدرالية مثلاً أن يثبتوا أن المشـــاريع المقدمة تتوافق مع أهداف مبادرة «شعب معافى ٢٠١٠».

وتتمثل مجالات الأولوية التي وضعتها مبادرة «شعب معافى ٢٠١٠» في التالي:

١- الوصول إلى خدمات صحية جيدة.
٢- التهاب المفاصل ومرض هشاشة العظام وأمراض التغذية المزمنة.
٣- السرطان.
٤- أمراض الكلى المزمنة.
٥- مرض السكر.
٦- الإعاقة وحالاتها الثانوية.
٧- البرامج التعليمية والبرامج المجتمعية.
٨- الصحة البيئية.
٩- تخطيط الأسرة.
١٠- سلامة الأطعمة
١١- الاتصالات الصحية.
١٢- أمراض القلب والجلطات.
١٣- مرض نقص المناعة المكتسبة.
١٤- التطعيم والأمراض المعدية.
١٥- الوقاية من الإصابات/ العنف.
١٦- صحة الأمهات والمواليد والأطفال.
١٧- سلامة المنتج الطبي.
١٨- الاضطرابات الذهنية والصحة العقلية.
١٩- التغذية وزيادة الوزن.
٢٠- السلامة والصحة المهنية.
٢١- صحة الفم
٢٢- الأنشطة البدنية واللياقة.
٢٣- البنية التحتية للصحة العامة.
٢٤- أمراض التنفس.
٢٥- الأمراض المنقولة عن طريق الجنس.
٢٦- تعاطي المخدرات Substance abuse.
٢٧- تعاطي التبغ.
٢٨- البصر والسمع

يمكن الحصول على مزيد من المعلومات حول مبادرة «شعب معافى ٢٠١٠» من مكتب الوقاية من الأمراض وتحسين الصحة في واشنطن دي سي أو من موقع شعب صحي على www.healthypeople.gov.

تمارس الولايات بعض التأثيرات غير المباشرة على نظام الرعاية الصحية كتلك التي تمارسها الحكومة الفيدرالية. وتعد الرعاية الصحية بنداً أساسياً في كل موازنات الولاية، ويمثل برنامج الميديكيد عادة أحد أضخم بنود الإنفاق. وتمثل نفقات الصحة العامة أيضاً بنداً هاماً في الميزانية كما أن تخصيص التمويل للرعاية المباشرة للمرضى (مثل خدمات الصحة العقلية) يعد بنداً أساسياً كذلك. لقد قدم التحكم في تمويل برنامج الميديكيد وحده وبلا شك الكثير في سبيل التأثير على أنماط الممارسة.

وتتحمل الأجهزة التابعة للولاية الجــزء الأكبر من عملية ترخيص وتنظيم خدمات وموظفي الصحة. فالمستشفيات ودور رعاية المسنين ومؤسسات الصحة المنزلية وكثير من المرافق والبرامــج الأخرى يجب أن تلبي متطلبات الترخيص الخاصة بالولاية وأن تلتزم باللوائح التي تســنها. ويجب على جميع موظفي الصحة حمل تراخيص صادرة من الولاية لممارســة العمل. ورغم أن تلك الإجراءات نادراً ما تعد أنشطة تخطيطية، ولكن لها تأثير غير مباشر على أنماط الممارسة المعمول بها داخل الولاية. هذا وتمثل محــاولات مختلف أجهــزة ترخيص متعددة بالولاية لاســتبعاد الأطباء المدربين خارج الولاية من عملية الترخيص، مثالاً لنشاط تخطيطي غير مباشر يتعلق بأفراد الرعاية الصحية.

وتتحمل الأجهــزة بالولاية مســئوليات ضخمة فيما يتعلق بالصحــة العامة، منها متابعــة الأحوال البيئية والتهديــدات الأخرى التي تواجه الصحــة العامة. ورغم أن تطبيق هذه البرامج لا يؤســس لتخطيط صحيــح، إلا أن وجود مثل تلك البرامج يؤثر بالفعل في المنهج المتبع لإدارة العديد من المسائل الصحية. ويتعين على أجهزة الصحة العامة وبشــكل متزايد التفكير بشكل إستراتيجي ووضع ما يمكن اعتباره ملامح خطة إستراتيجية.

ويتنوع حجم الأنشــطة التخطيطية بشــكل واسع على المســتوى المحلى (المدينة أو المقاطعــة). أغلب المجتمعات لا تحتفظ اليوم بمنظمات للتخطيط الرســمي. ورغم ذلــك، فقد قام عدد قليل من المجتمعات بشــكل جيد بتأســيس أجهزة للتخطيط قد تمارس تأثيرا كبيراً، وتكون أنشــطة التخطيط في أغلبها على هذا المستوى عبارة عن عمل تطوعى يقوم به المشــاركون ويكون لدى أجهــزة التخطيط المحلية تمويل محدود وسلطات تنظيمية محدودة.

قامت العديد من المبادرات القومية، وبالأخص من جانب المؤسسات الكبرى، بتشجيع أنشــطة التخطيط القاعدي على المســتوى المحلى. ومن أمثلة ذلــك كلا من برنامج تمويــل المبادرة المحلية The Local Initiative Funding Program (مؤسســة روبرت وود جونســون Robert Wood Johnson foundation) وائتلاف مدن ومجتمعات أكثر صحيــة Coalition for Healthier Cities and Communities. كمــا يلعب الاتحاد القومــي لموظفي الصحة بالمقاطعات والمدن The National Association of County and City Health Officials (NACCHO) دوراً نشطاً في تشجيع أنشطة التخطيط الصحــي المحلي من خلال برنامج نقطة تحــول Turning Point Program. كما كان

الاتحاد عاملاً مساعداً في وضع مشاركات التعبئة للعمل والتخطيط Mobilizing for Action through Planning and Partnerships (MAPP). قدمت هذه المنظمات تمويلاً أساسياً ودعماً فنياً لتطوير جمعيات عامة / خاصة تستهدف إنشاء عملية التخطيط رغم أنها غير رسمية على النطاق المجتمعي.

إن الأجهزة الصحية المحلية التي تأسست رسمياً بهدف إدارة نظام الصحة العامة أو بعض وظائف الصحة العامة قد تمثل من خلال عملها التقليدي قوة غير مباشرة للتخطيط الصحي. فهي تؤثر في أي من الخدمات المخصصة للقطاع العام وبالتالي لها تأثير على أنماط الممارسة في القطاع الخاص. فإذا قامت إدارة مستشفى المقاطعة مثلاً بإنشاء وحدة عناية مركزة لحديثي الولادة في المستشفى العام، فقد يحول ذلك دون توافر تلك الخدمة في القطاع الخاص.

إن الإدارات الصحية المحلية قد تكون منظمات كبيرة ومؤثرة، وبالأخص في المدن الكبرى. وتشتمل الأمثلة على ذلك الإدارة الصحية في لوس أنجلوس التي تبلغ ميزانيتها ثلاثة مليارات دولار والإدارة الصحية بمدينة نيويورك ونظام المستشفيات العامة الخاص بها والإدارة الصحية بمدينة شيكاغو والتي تضم ألف وستمائة موظف. ولا شك أن السياسات المتبعة وما يترتب عليها من إجراءات داخل مثل تلك الأجهزة له مردوده على الاتجاه العام الذي يسلكه نظام الرعاية الصحية المحلى.

شهدت تسعينيات القرن العشرين تجدد الاهتمام بالتخطيط الصحي على نطاق المجتمع واستمرت هذه الصحوة حتى القرن الحادي والعشرين. فبعد غياب امتد لعقد من الزمن، بدأت كلمة «تخطيط» تعاود الظهور في أدبيات الرعاية الصحية في منتصف تسعينات القرن العشرين. وأصبحت مسألة التخطيط موضوعاً كثيراً ما يتم إدراجه في برامج الجمعيات المتخصصة، بالإضافة إلى تزايد النقاشات العامة حول مسألة التخطيط الصحي.

ولا شك أن عدداً من العوامل أسهم في معاودة هذا الاهتمام. فعلى المستوى النظري، يستدعي التحول من التركيز على الرعاية الطبية إلى التركيز على الرعاية الصحية منهجاً مختلفاً لإدارة الصحة والمرض، يتمثل في التخطيط المنهج. وعلى المستوى التطبيقي، فإن الإقرار بأن مشكلات الرعاية الصحية لن تنتهي وحقيقة أن العديد من تلك المشكلات يمكن ردها إلى قلة التخطيط، يسهم في إعادة الاهتمام بتلك المسائل. كما كان لفت الانتباه إلى مبادرات الرعاية الصحية المجتمعية التي

قامت بها إدارة كلينتون خلال كفاحها في إصلاح الرعاية الصحية في أوائل تسعينيات القرن العشرين على الأرجح أحد العوامل الأخرى المساهمة.

ورغم أن أنشطة التخطيط الشاملة لا تزال غير شائعة، غير أنه يمكن رؤية عدد من الأنشطة الشبيهة بالتخطيط. فمحاولات تطوير نظم إدارة معلومات صحة المجتمع community health information management systems (CHMIS) في عدد من المجتمعات تعكس شعوراً بالحاجة إلى تنسيق المعلومات الخاصة بالمرضى. كما تعكس الجهود الأخرى لاستخراج ونشر بيانات هذا الاتجاه نحو منهج أكثر تنظيماً لإدارة نظام تقديم الرعاية الصحية. كما يعكس الاهتمام المتنامي بالرعاية الصحية القائمة على السكان من جانب كل من منظمات الرعاية الصحية بالقطاعين العام والخاص الاتجاه التخطيطي المتنامي.

وبغض النظر عن الشكل الذي يأخذه ذلك التخطيط الجديد، فإنه سيكون بلا شك مختلفاً كثيراً عن المنهج التقليدي الذي جسدته مبادرات التخطيط الصحي الشامل في ستينيات وسبعينيات القرن العشرين. لقد تغير عالم الرعاية الصحية بشكل ملحوظ وينبغي مراجعة المنهج التخطيطي ليعكس ذلك التغير، فهناك كثير من الموارد غير المسبوقة والمتاح توظيفها في جهود التخطيط وهنا تبرز فرصة إنشاء إطار تخطيطي على نطاق المجتمع قد يكون ناجحاً في هذه البيئة الجديدة. (يحتوى الفصل الثالث عشر على مناقشة مستفيضة حول مستقبل تخطيط الخدمات الصحية).

التخطيط على مستوى المنظمة:

ركز التخطيط في ظل «النموذج التوسعي» الذي قاد الرعاية الصحية منذ نهاية الحرب العالمية الثانية إلى ثمانينيات القرن العشرين بشكل حصري تقريباً على المرافق والنفقات الرأسمالية وعمليات التشغيل. والحقيقة أن التخطيط على مستوى المنظمة خلال سبعينيات القرن العشرين كان موجهاً في غالبيته إلى العمليات. ونظراً لأن الاهتمام انصب على الأنشطة اليومية، فقد سيطر الاهتمام قصير المدى على الميزانيات والمرافق وسيطرت البرامج على التخطيط على مستوى المنظمة. وكانت المستشفيات هي المنظمات الموفرة للرعاية الصحية المشتركة في عملية التخطيط. كما كانت أكثر تركيزاً على الداخل وأبعد ما تكون عن التفكير في العوامل الخارجية.

أصبحت فترة سبعينيات القرن العشرين فترة «التخطيط المؤسسي» الذي رغم قيامه بدمج أساليب التخطيط «الحديثة»، إلا أنه استمر في التركيز على مسائل

أساسية. وتم التركيز على «التخطيط التشغيلي» خلال ثمانينيات القرن العشرين، مع التركيز على العمليات اليومية والميزانيات وإدارة المرافق وأنشطة شهادة الحاجة.

وفي منتصف ثمانينيات القرن العشرين بدأت البيئة الخارجية تمارس نفوذها وبدأ العالم في التغير بالنسبة للقائمين على الرعاية الصحية. وواجهت المستشفيات لأول مرة منافسة شديدة، كما شهدت إلغاء للوائح والتعليمات المنظمة، وانخفاض في التعويض، وتناقص في معدل استخدام خدماتها. وباختصار، فقد أجبرت المستشفيات ومنظمات الرعاية الصحية الأخرى على البدء في التفكير بشكل إستراتيجي. وحدث أثناء هذه الفترة تحول من التوجه للمنتج إلى التوجه للخدمة وأصبحت منظمات الرعاية الصحية موجهة للسوق ومدفوعة بالمستهلك. وسهلت تلك التطورات التحول من التوجه العملياتي إلى الاتجاه الإستراتيجي. وعملت موجة الاندماجات والاستحواذات التي ميزت تسعينيات القرن العشرين على تشجيع التخطيط على مستوى المنظمة من جهة، وجعلت منه تحدياً أكبر من الجهة الأخرى.

وبحلول تسعينيات القرن العشرين، أصبح مفهوم التخطيط مقبولاً على نطاق واسع من قبل منظمات الرعاية الصحية، إن لم يكن مندمجاً بشكل كامل في ثقافاتها. وبدأت منظمات الرعاية الصحية مدفوعة بالفكر الجديد في الصناعة الصحية بالتحول من الرعاية الطبية إلى الرعاية الصحية، في الابتعاد عن المرافق والمنشآت التقليدية من توفير مرافق، ووضع الميزانيات، وتخطيط العمليات متجهة نحو التخطيط الإستراتيجي والتسويق الإستراتيجي وتخطيط الأعمال الإستراتيجية.

العلاقة بين التخطيط على نطاق المجتمع والتخطيط على مستوى المنظمة:

من الناحية التاريخية كانت هناك علاقة محدودة بين التخطيط على نطاق المجتمع والتخطيط على مستوى المنظمة، وقد اشتمل نوعا التخطيط على كيانات مختلفة وكانا نتاج عوامل مختلفة في البيئة. ولم يكن التخطيط على نطاق المجتمع من الناحية الواقعية شاملاً بقدر ما هو عليه من الناحية النظرية، ودائماً ما وجد تفكك واضح حتى في مواجهة التخطيط على نطاق المجتمع. وحتى ثمانينيات القرن العشرين، لم يكن التخطيط على مستوى المنظمة مهتماً بالبيئة الخارجية ولم يُر أي اتصال بين تخطيط المنظمة الموجه داخلياً والتخطيط على نطاق المجتمع الذي تنفذه الأجهزة الحكومية. وحدث التفاعل فقط حينما اضطرت منظمة الرعاية الصحية التابعة للقطاع الخاص إلى طرح فكرة مشروعة في سياق خطة صحية موجودة.

واليــوم هناك تقارب ملحوظ على ما يبدو بــين نوعى التخطيط. ويبدو أن حركة التخطيط الصحي المجتمعي العائدة في الظهور تتبنى بعضاً من أساليب التخطيط على مستوى المنظمة ويقوم المؤيدون للتخطيط الصحي المجتمعي الجديد بتشجيع مشاركة القائمــين على تقديم الخدمة من القطاع الخاص. وكان قادة الأعمال هم الدافع وراء ظهور بعض حركات التخطيط الصحي المجتمعي تلك ومن ثم كانت مبادرات التخطيط الجديدة التي تشمل كلاً من مكونات القطاع الخاص والعام مشجعة أيضاً.

وأدركــت منظمــات الرعاية الصحية مــن جهة أخرى أن التخطيــط وحده لا يُعد تخطيطاً حقيقياً. وبدأ العديد من المنظمات يسلك منهجاً تخطيطياً يرتكز على السكان والذي، وفقاً لتعريفه، دعاهم إلى ضم مكونات مجتمعية أوســع بكثير للمشــاركة في الأنشــطة التخطيطية. والأمثلة على تضافر الجهود لتطوير أنظمة المعلومات المتعلقة بالصحة المجتمعية وظهور مبادرات عامة أو خاصة هدفها مناقشة المسائل المتعلقة بها يدل على حدوث مستوى معين من التقارب. وإضافة إلى ذلك تعرض مقدمو الخدمة الذين يتمتعون بالإعفاءات الضريبية لضغوط متزايدة لتنســيق مبادراتهم مع المبادرات التي انطلقت على نطاق المجتمع (يتم مناقشــة هذه المواضيع لاحقاً في الفصل الثالث عشر).

التخطيط الصحي في الدول الأخرى:

يعد المنظور المقارن إحدى النقاط الأخرى الجديرة بالمتابعة في مقدمتنا النقاشــية الخاصــة بتخطيط الخدمات الصحية. والســؤال هنا إلــى أي مدى وصل التخطيط الصحي في الولايات المتحدة – وخاصة التخطيط على نطاق المجتمع– مقارنة بأنشطة التخطيط الصحي بالدول الأخرى؟

تعــد الولايات المتحدة الأمريكية حالة خاصة بين مثيلاتها من الدول الصناعية من حيــث ضعف التخطيط الصحــي، فأغلب الدول الأوروبية إضافة إلــى كندا واليابان تتوافــر بها مراكز رعاية صحية مركزية تتســم بعناصــر تخطيطية قوية. والواقع أن أغلب هذه الدول لديها تاريخ طويل في مجال مشاركة الحكومة في التخطيط للخدمات الصحيــة. وعلى عكس الولايات المتحدة فإن الرعاية الصحية التابعة للقطاع الخاص محدودة للغاية، أو غير معروفة في تلك المجتمعات.

إن التخطيط الصحي في أغلب البلدان الصناعية مشــمول ضمن وظائف تخطيط اجتماعي واقتصادي أوسع. فالصحة نادراً ما تعتبر مسألة منفصلة، بل ترتبط بشكل

وثيق بالاعتبارات الاقتصادية والاجتماعية، ولهذه الأسباب فإن التخطيط الصحي في مثل تلك المجتمعات يميل إلى الشـــمولية في منهجـــه. حيث إن التخطيط من الأعلى للأسفل هو القاعدة إلى جانب سياسات موضوعة في كثير من الحالات على مستويات إدارية عليا مروراً بالمستويات الأقل في المنظمة.

حتـــى بين الدول النامية يوجـــد تأكيد متزايد على نظام التخطيط الصحي. وعلى الرغم من الإعجاب بالعديد من جوانب الرعاية الصحية في الولايات المتحدة، غير أن اعتبار الولايات المتحدة كنموذج متكامل للدول التي تسعى للبدء في التخطيط الصحي على المســتوى القومي هو احتمـــال بعيد. ويجب اتخاذ دول أخـــرى أمثلة على جهود التخطيط القومي.

المراجع:

- American Health Planning Association (2002). National Directory of Health Planning, Policy and Regulatory Agencies. Ninth edition. Falls Church, VA: American Health Planning Association.

مصادر إضافية:

- Benjamin, A. E., & Downs, G. W. (1982). Evaluating the National Health Planning and Resources Development Act: learning from experience? Journal of Health Politics and Law, 7 (3), 707–722. Coalition for Healthier Cities and Communities, Boulder, CO. Web site: http://www.healthycommunities.org.
- Eagar, Kathy (2002). Health Planning. St. Leonards, NSW, Australia: Allen and Unwin.
- Green, Andrew (1999). An Introduction to Health Planning in Developing Countries (2nd ed.). London: Oxford.
- Health Policy and Planning (periodical). London: Oxford University Press. Institute of Medicine (1993). Access to Health care in America. Washington, DC: National Academy Press.
- Landrum, L. B. (n.d.). Health planning is alive and well. Retrieved February1, 2003, from http://www.ahpanet.org/policy.html. Marcyznski Music, K. K. (1994). Health care Solutions: Designing Community-Based Systems That Work. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- National Association of County and City Health Officials, Washington, DC. Web site: http://www.naccho.org.
- Reeves, Philip N., and Russell C. Coile, Jr. (1989). Introduction to Health Planning. Arlington, VA: Information Resources Press.
- Reinke, William A. (editor) (1997). Health Planning for Effective Management. London: Oxford. Rohrer, James E. (1996). Planning for Communit-Oriented Health Systems. Washington, DC: American Public Health Association.
- Robert Wood Johnson Foundation, Princeton, NJ. Website: http://www.rwjf.org.

- Steen, John W. (n.d.). Certificate of Need: A Review. Website: http://www.ahpanet.org/articles.htm1
- U.S. Department of Health and Human Services,
- Office of Disease Prevention and Health Promotion.
- Healthy People 2010 Website: www.healthypeople.gov.

الفصل الثالث
سياق الأنظمة الاجتماعية والصحية لتخطيط الخدمات الصحية

يتطلب أي نشاط تخطيطي فهماً كاملاً للسياق الذي يجري فيه هذا التخطيط. فمن المستحيل فهم نظام الرعاية الصحية دون تقدير للبيئة التي يوجد بها. وحتى يكون التخطيط فعالاً فإنه ينبغي على القائمين عليه بداية استيعاب طبيعة النظام القائم الذي يخططون له، بما في ذلك فهم المعلومات الأساسية حول كيفية تطور النظام ليصل للنقطة التي توقف عندها.

وعلى المنوال نفسه، لا يمكن وضع تخطيط فعال دون فهم متعمق للسكان الذين تستهدفهم الخطة. فينبغي فهم الخصائص الاجتماعية والسياسية والاقتصادية للسكان المستهدفين بشكل كامل إلى جانب أنماط الحياة والاتجاهات وغيرها من الخصائص التي يتميز بها أولئك السكان.

وفي حين أنه من غير الممكن وصف كل أبعاد الأنظمة الاجتماعية والصحية التي تعد مهمة للخطة الصحية، فإنه سيتم تناول القضايا المهمة في الأقسام التالية. كما يستعرض هذا الفصل تطور الرعاية الصحية في الولايات المتحدة خلال النصف الثاني من القرن العشرين في سياق التطورات الاجتماعية والديموغرافية والصحية التي أثرت عليها.

السياق الاجتماعي والثقافي:

لا يمكن فهم نظام الرعاية الصحية في أي مجتمع إلا من خلال السياق الاجتماعي والثقافي لذلك المجتمع. وبالمثل، فإن نهج التخطيط (في الواقع، حتى لو وجدت مبادرة تخطيط) يعكس هيكل ونظام القيم في مجتمع معين. فلا يوجد نظامان لتقديم رعاية صحية متشابهان تمام التشابه حيث تأتي الاختلافات في المقام الأول نتيجة للسياقات التي توجد بها. وهكذا، فإن البنية الاجتماعية لمجتمع ما تعمل مع القيم الثقافية على تحديد نظام الرعاية الصحية. ويعكس شكل ووظيفة نظام الرعاية الصحية شكل ووظيفة المجتمع الذي يوجد فيه النظام (Parsons, 1951).

يوجد بكل مجتمع وظائف معينة ينبغي القيام بها إذا أراد ذلك المجتمع البقاء. وتشتمل هذه الوظائف على خاصية التكاثر بهدف إيجاد أعضاء جدد بالمجتمع وضمان

التواصل الاجتماعي فيما بينهم وتوزيع الموارد والحفاظ على النظام الداخلي واستفادة ذوي القدرات الفائقة منه بالإضافة إلى ما يهمنا هنا وهو المحافظة على صحة ورفاهية السكان. ويجري إنشاء هياكل مجتمعية (يشار إليها باسم «المؤسسات») لتلبية هذه الاحتياجات. وينشأ في كل مجتمع شكلٌ من أشكال الأسر لإدارة هذا التكاثر، وشكلٌ من أشكال النظام التعليمي للتعامل مع التكيف الاجتماعي، وشكلٌ من أشكال النظام الاقتصادي للتعامل مع تخصيص الموارد وهكذا. كما ينشأ نمط آخر من أنظمة الخدمات للتعامل مع صحة ورفاهية السكان.

ويختلف الشكل الذي تتخذه مؤسسة معينة من مجتمع لآخر. فيسهم التاريخ الثقافي للمجتمع وبيئته وعلاقته مع المجتمعات الأخرى في تشكيل مؤسساته المتنوعة. وتعتبر هذه أشكال عديدة يمكن أن تتبناها الأسرة والمؤسسة السياسية والمؤسسات الاقتصادية، حيث يتم مواءمة شكل معين ما بشكل متفرد ليناسب حالة ذلك المجتمع. وهناك بالمثل مجموعة متنوعة من الأشكال التي يمكن لمؤسسات الرعاية الصحية أن تتخذها.

ويمكن للمرء بالنظر إلى أنواع الأنظمة الصحية القائمة بين المجتمعات في العالم أن يتحدث عن أنظمة الرعاية الصحية «التقليدية» (مثل الشامانية بين الهنود الحمر) وأنظمة تقليدية أكثر تعقيداً مثل الأنظمة الأسيوية الشاملة (مثل الرعاية الصحية الأريوفيديك Aryuvedic) والأنظمة الرأسمالية (مثل نظام الرعاية الصحية الأمريكي الساعي للربح) والأنظمة الاجتماعية (مثل نظام الخدمات الصحية القومية في بريطانيا) والأنظمة الشيوعية مثل تلك التي كانت موجودة في ما كان يعرف آنذاك باسم الاتحاد السوفيتي وربما لا يوجد في أيامنا الحالية سوى في كوبا.

لا يوجد نظام لتقديم الرعاية الصحية يكون أفضل أو أسوأ في جوهره من الأنظمة الأخرى. فكل نظام منها تطور استجابةً لاعتبارات اجتماعية وثقافية وبيئية معينة ويتناسب بشكل فريد مع مجتمعه. فإذا لم يتم يتناسب النظام مع المجتمع، فإنه ينبغي أن يتحول بنفسه استجابةً لاحتياجات المجتمع وإلا فسينتهي.

تختلف أهمية أي مؤسسة من مجتمع لآخر، إذ إن العوامل التاريخية والبيئية، فضلاً عن نظام القيم لدى مجتمع ما، تؤثر في أهمية مؤسسات هذا المجتمع. فالمجتمعات التقليدية تشدد على أهمية المؤسسات الدينية ومؤسسات الأسرة في حين أن المؤسسات الاقتصادية ومؤسسات الرعاية الصحية قد تتطور بشكل سيئ. إلا أن

المجتمعات الصناعية الحديثة تميل للتركيز بشكل أكبر على المؤسسات الاقتصادية والتعليمية، بينما تُهمَل المؤسسات الدينية ومؤسسات الأسرة بشكل نسبي. لكن تزايد الاهتمام في العقود الأخيرة بمؤسسة الرعاية الصحية في المجتمعات الصناعية، وهذا هو الحال بصفة خاصة في الولايات المتحدة.

ولم تتطور الرعاية الصحية كمؤسسة مستقلة سوى في المجتمع الصناعي الحديث. أما في أغلب فترات التاريخ البشري، فقد كان المجتمع يلبي احتياجات السكان من الرعاية الصحية في إطار الأسرة أو المؤسسة الدينية. وتفتقر المجتمعات التقليدية للأسس العلمية لتطوير أنظمة الرعاية الصحية الرسمية. وكان غياب التركيز على العقلانيه والاعتماد على ما فوق الطبيعة كعوامل تفسيرية في وجود المرض والصحة والموت يحول عادةً دون وضع نظام رعاية صحية مستقل. وكلما أصبحت المجتمعات أكثر تعقيداً، ازدادت استقلالية أنظمة الرعاية الصحية وانفصالها عن غيرها من مؤسسات المجتمع حتى عن نظام الخدمة الاجتماعية.

الإطار الثقافي:

جاءت عملية إعادة هيكلة المؤسسات الأمريكية خلال القرن العشرين مصحوبة بثورة ثقافية أسفرت عن إعادة توجيه واسعة للقيم داخل المجتمع الأمريكي. وأصبحت القيم المرتبطة بالمجتمعات التقليدية التي تشدد على القرابة والمجتمع والسلطة والعلاقات الأولية تطغى عليها قيم المجتمعات الصناعية الحديثة مثل العلمانية والتمدن وتحقيق الذات.

وقامت القيم «الحديثة» التي ظهرت داخل الولايات المتحدة بعد الحرب العالمية الثانية بدعم تطوير أحد أنظمة الرعاية الصحية الذي كان سيدعم ظهور الطب الغربي الحديث. وركزت القيم التي ظهرت إبان القرن العشرين ومازالت تعمل على تشكيل طبيعة المجتمع الأمريكي اليوم ركزت على النجاح الاقتصادي والتحصيل العلمي والتقدم العلمي والتقني. كما دعمت هذه القيم صعود الرعاية الصحية كمؤسسة مهيمنة خلال النصف الأخير من ذلك القرن.

وكانت أهمية النجاح الاقتصادي كامنة في جميع جوانب عملية تطور الرعاية الصحية الأمريكية، وبرز النظام الأمريكي باعتباره نظام الرعاية الصحية الوحيد الساعي للربح في العالم. وفي أيامنا هذه، لا يزال دافع الربح قوياً حيث تستحوز

السلاسل القومية الساعية للربح على الكثير من قدرة البلاد على تقديم الخدمات الصحية. ويرتبط مفهوم المشروع الحر في الرعاية الصحية بقيم أمريكية أخرى مثل حرية الاختيار والفردية.

هناك قيم أخرى أصبحت مهمة مع تطور الثقافة الأمريكية في القرن العشرين. فأصبح التغيير مثلاً معترفاً به كقيمة في حد ذاته. وبرز في نفس الوقت توجه نشط يدعو إلى اتباع نهج استباقي لجميع القضايا، بما في ذلك الرعاية الصحية. ويعكس الأسلوب الهجومي الذي تبناه الأميركيون في مواجهة المشكلات الصحية هذا التوجه النشط.

ومثل مفهوم «الصحة»، باعتبارها قيمة في المجتمع الأميركي، تطوراً كبيراً أدى إلى نشأة مؤسسة الرعاية الصحية. فلم يُنظر إلى الصحة قبل الحرب العالمية الثانية باعتبارها قيمة متميزة ولكنها كانت مرتبطة بشكل مبهم بغيرها من مفاهيم الرفاهية. ولم تقم استطلاعات الرأي قبل الحرب العالمية الثانية بتحديد الصحة الشخصية باعتبارها قضية أساسية بالنسبة لسكان الولايات المتحدة كما لم يكن تقديم الرعاية الصحية يعتبر مصدر اهتمام مجتمعي. إلا أنه وبحلول ستينيات القرن العشرين، ارتفعت الصحة الشخصية لتتصدر استطلاعات الرأي العام باعتبارها مسألة مهمة وأصبح توفير ما يكفي من الخدمات الصحية قضية مهمة في ذهن الرأي العام الأميركي.

وبمجرد أن ترسخت الصحة كقيمة، كان المطلوب خطوة قصيرة لإنشاء نظام رعاية صحية رسمي كوسيلة مؤسسية لتحقيق تلك القيمة. وتم إيجاد بيئة تشجع على ظهور مؤسسة قوية قامت بدعم العديد من القيم الأميركية المعاصرة. واعتُبر بعضها، مثل القيمة الخاصة بحياة الإنسان قيماً غير قابلة للتغيير. وأسهمت المجتمعات العلمية والتقنية والبحثية الناشئة في نمو هذا المجال. وأكد الدعم الذي تقدمه المؤسسات الاقتصادية والسياسية والتعليمية على هيمنة هذا الشكل المؤسسي الجديد.

الاتجاهات المجتمعية

شهد القرن العشرين اعتماداً متزايداً على المؤسسات الرسمية بأنماطها المختلفة، ونشأ عن هذا بيئة مواتية لظهور الرعاية الصحية. فأصبح يُنظر إلى الأنظمة السياسية والتعليمية مثلاً على أنها مسئولة عن المهام التي كان يتم القيام بها بصورة غير رسمية في أوقات سابقة. ومع ذلك فإن الرعاية الصحية قد تمثل أفضل مثال

على هذا الاعتماد الناشئ على الحلول الرسمية، وذلك لأنها مؤسسة كان تطويرها في الأساس نتيجةً لهذا التحول. كان أجدادنا سيعتبرون الرعاية الصحية الرسمية ملاذاً أخيراً في مواجهة المرض والعجز، فكان القليل منهم فقط يدخلون المستشفى ولم يكن العديد منهم يذهبون إلى الأطباء بشكل منتظم. واليوم يُعتبر نظام الرعاية الصحية بمثابة خط المقاومة الأول، ليس فقط للمشكلات الطبية الواضحة ولكن أيضاً لنطاق واسع من المشكلات الاجتماعية والنفسية والشخصية والروحية.

لقد أثر تحول المجتمع الأميركي في القرن العشرين بشكل واضح على توفير الرعاية الصحية، وذلك لأن المديرين التقليديين للمرض والموت - أي الأسرة والكنيسة - أفسحوا مجالاً لاستجابات أكثر رسمية للمشكلات الصحية. وأصبحت صحة السكان بشكل جزئي مسئولية الأنظمة الاقتصادية والتعليمية والسياسية، ثم أصبحت في النهاية مسئولية نظام قوي للرعاية الصحية المتقدمة. وأفسحت الاستجابات التقليدية غير الرسمية للمشكلات الصحية مجالاً لاستجابات مؤسسية معقدة. ولا يمكن للعلاجات المنزلية «عالية الملمس» أن تتنافس في بيئة تقيم الاستجابات ذات التقنيات العالية (وذات المكانة العالية لاحقاً) للمشكلات الصحية.

الاتجاهات الديموغرافية:

أصبحت الاتجاهات الديموغرافية اليوم، ربما أكثر من أي وقت مضى، تشكل الطلب على الخدمات الصحية، سواء على المستوى الوطني أو المحلي. ومن خلال النظر في سمات ديموغرافية محددة من سكان الولايات المتحدة واتجاهاتهم الحالية والمستقبلية، يمكن للمحللين توقع كلّ من مستوى وأنواع الخدمات الصحية التي سيتم استخدامها في مختلف الفترات الزمنية البعيدة. وتُعَدُّ هذه الاتجاهات الديموغرافية مهمة لأنها أسهمت في تشكيل التركيبة السكانية للولايات المتحدة، وأثر هذا بدوره على صورة المراضة للسكان. فينبغي إذاً على نظام الرعاية الصحية الناشئ أن يكون في نهاية المطاف استجابة لخصائص المراضة للسكان. ويمكن في الواقع اعتبار التحول الديموغرافي لسكان أمريكا في القرن العشرين أحد أكبر - إن لم يكن بالفعل أكبر - العوامل المحددة للاحتياجات التي ينبغي على نظام الرعاية الصحية معالجتها.

هذا هو الحال نظراً لتحول آخر أنتجته اتجاهات ديمغرافية أخرى. فقد نتج عن الخصائص الديموغرافية المتغيرة «تحولاً وبائياً» وقع في الولايات المتحدة إبان النصف الثاني من القرن العشرين. ومع انخفاض معدل وفيات السكان الأمريكيين

خلال القرن العشرين وزيادة متوسط العمر المتوقع، حدث تغير كبير في صورة المراضة ووفيات السكان (Omran 1971).

كانت الظروف الصحية الحرجة تمثل خطراً كبيراً على الصحة وسبباً رئيساً للوفاة على مدى التاريخ. وكانت الحالات القابلة للانتقال والمعدية والطفيلية والحوادث ومضاعفات الولادة والحالات الحرجة الأخرى ترافق البشر على الدوام. وفي بداية هذا القرن، كانت الأسباب الرئيسية للوفاة انتشار أمراض مثل السل والأنفلونزا وأمراض معدية أخرى.

وخلال النصف الثاني من القرن العشرين، أدى تغير الصورة الديموغرافية إلى التحول بعيداً عن الحالات الحادة إلى الأمراض المزمنة والتي أصبحت مشكلات صحية سائدة. وأدى تحسن ظروف المعيشة والتغذية وارتفاع مستويات المعيشة مع التقدم الحاصل في علوم الطب إلى انخفاض معدلات الإصابة بالمرض من الحالات الحادة أو القضاء عليه. ولكن هذا الفراغ ملأه ظهور حالات مرضية مزمنة تعتبر مشكلات صحية رئيسية وأسباب رئيسية للوفاة. فلا يعاني كبار السن من السكان الناتجين عن هذه التطورات من ارتفاع ضغط الدم والتهاب المفاصل ومرض السكري فضلاً عن الحالات العديدة التي تعكس أنماط الحياة التي نشأت بين السكان الأمريكيين في النصف الثاني من هذا القرن. (انظر مربع ١-٣ للحصول على مزيد من التفاصيل بشأن الانتقال الوبائي).

لا يمكن لهذا القسم أن يتناول كافة الاتجاهات الديموغرافية الجارية ولا كلاً من القضايا ذات الصلة التي يعالجها علماء صحة السكان. ولذلك، فإنه يركز على الاتجاهات الديموغرافية الرئيسية وانعكاساتها المحتملة على تخطيط الخدمات الصحية.

الهيكل العمري المتغير:

يُعَدُّ التوزيع العمري المتغير للسكان أول وربما أهم اتجاه ديموغرافي في الولايات المتحدة. وكان من الواضح أن شيخوخة أمريكا أحد أشهر الاتجاهات الديموغرافية في التاريخ. وتم التوثيق الجيد لآثار هذا الاتجاه على الطلب على الخدمات الصحية حيث كان التقدم في العمر أهم مؤشر على الطلب على الخدمات الصحية.

مربع ١-٣

التحول الوبائي

ربما كان الاتجاه الأكثر أهمية في التأثير على الرعاية الصحية خلال القرن العشرين هو التحول من الحالات الحادة كنوع مسيطر من المشكلات الصحية إلى الحالات المرضية المزمنة. وكان هذا التطور المعروف باسم «التحول الوبائي» له آثار كبيرة على نظام الرعاية الصحية وكذلك على تصوراتنا لطبيعة الصحة والمرض. وكانت الحالات الحادة مثل الأمراض المعدية والحوادث التي أدت إلى مشكلات صحية وكانت سبباً من أسباب الوفاة في التاريخ البشري وحتى فترة متقدمة من القرن العشرين كان في الولايات المتحدة أمراض الحمى الصفراء، والسعال الديكي والأنفلونزا والسل وكانت هذه الأمراض من الأسباب الرئيسية للوفاة. وتتميز مثل هذه الحالات الحادة بأنه يمكن التنبؤ بها بسرعة وبإجراءات سريعة كما أن نتائجها نهائية (إما الشفاء أو الموت). وبالإضافة إلى ذلك، فإنه يمكن رد أغلب الحالات الحادة إلى بعض مسببات الأمراض.

وقد أدت هيمنة الحالات الحادة بالعلماء إلى تطوير نظرية الجرثومة كمسبب للمرض. وأدى هذا بدوره إلى تطوير نهج لنموذج طبي لمعالجة المشكلات الصحية. فيفترض النموذج الطبي أنه يمكن عزل أسباب كل الحالات تقريباً في شكل من أشكال الكائنات الحية الدقيقة، وإذا تعذر ذلك يتم إرجاعها إلى أسباب مادية أو كيميائية حيوية. وإذا أمكن التصدي لهذه العوامل المسببة، فيمكن معها أن يتحقق الشفاء. وأصبح هذا النهج أساساً للطب الغربي في القرن العشرين وهو بصدد أن يكون هو النموذج المهيمن في مجال الرعاية الصحية حتى اليوم.

وبحلول منتصف القرن العشرين بدأت الحالات المزمنة تحل مكان الحالات الحادة باعتبارها نمطاً رئيساً للمشكلات الصحية. حيث إن الحالات المزمنة تميل إلي أن تكون تدريجية وتستمر لمدة طويلة أو لا نهائية وغالباً ما يكون تأثيرها تراكمياً ولا تتسبب العوامل الخارجية للفرد في الحالات المزمنة (على الرغم من وجود بعض الأسباب الخارجية بشكل واضح) وتكون أكثر احتمالاً للنشوء من داخل الضحية وتعكس التأثيرات الاجتماعية والنفسية على المجتمع. ولذا ترتبط الأمراض المزمنة بنمط الحياة والعوامل البيئية وحتى الحالة النفسية للطرف المتضرر. وتشمل الحالات المزمنة التي زاد شيوعها التهاب المفاصل وارتفاع ضغط الدم ومرض

السكري. وقد تؤدي بشكل غير مباشر إلى الوفاة وتسهم الأمراض المزمنة بشكل مباشر في الوفاة وقد تؤدي إلى الإعاقة. وعلى عكس الحالات الحادة، قلما يتم الشفاء من الحالات المزمنة ويعاني منها المتضررون لمدة طويلة.

ولقد أسهم عاملان مترابطان في التحول الوبائي. الأول هو تأثير العلوم الطبية في الحالات الحادة. فقد قامت الولايات المتحدة خلال القرن العشرين بالقضاء على معظم أهم مسببات الوفاة التي كانت موجودة في أوقات سابقة، وانخفض بشكل عام عبء المرض على المجتمع. وبمجرد أن انتهت من حالات الوفاة المبكرة الناتجة في كثير من الأحيان عن الحالات الحادة، أصبحوا يعيشون فترة طويلة حتى تقضي عليهم الحالات المزمنة.

أما العامل الثاني المساهم في عملية الانتقال الوبائي فكان تحسن الظروف المعيشية والوضع الاجتماعي والاقتصادي الأفضل الذي ميز الأميركيين خلال القرن العشرين. وأسهم تحسن مستوى سلامة البيئة والغذاء وغيرها من العوامل في وجود سكان أكثر صحة وأطول عمراً وتمكن الأميركيون من البقاء على قيد الحياة لفترة أطول من العمر وذلك في المتوسط. ورغم أن الحالات الحادة لا تميز بين الأعمار ولكنها كانت تؤثر في كثير من الأحيان على الفئات الأصغر سناً. ومن ناحية أخرى كانت الحالات المزمنة أكثر شيوعاً بين كبار السن من السكان. ومع استمرار شيخوخة سكان الولايات المتحدة، زادت فئات كبار السن في حين انخفضت فئات من هم أصغر سناً. وبينما أصبح كبار السن يمثلون نسبة أكبر من السكان، أصبحت الأمراض المزمنة أكثر شيوعاً.

ومع سيطرة الحالات المرضية المزمنة على طبيعة المرض، حدث عدم التكافؤ بين النهج السائد لنظام الرعاية الصحية واحتياجات الرعاية الصحية للسكان. وتم تطوير النموذج الطبي لمعالجة الحالات الحادة وهو أقل بروزاً فيما يتعلق بإدارة الحالات المرضية المزمنة. وعلى الرغم من تكيف نظام تقديم الرعاية الصحية مع التحول الوبائي، فإن الطريق لا يزال طويلاً أمام تلبية احتياجات السكان الذين يعانون بشكل أساسي من حالات مزمنة.

المرجع:

A.R. Omran (1971). "The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change." *Milbank Memorial Fund Quarterly* 49: 515ff.

تحظـى إعادة الهيكلة الداخلية للتوزيع العمري للسـكان بأهمية خاصة بالنسـبة للطلـب على الخدمات الصحية. فالنمو السـكاني فـي المجموعات الأكبر عمراً (٥٥ عامـاً فمـا فوق)، وخاصة من هم في أرذل العمر (٨٥ عاماً فما فوق)، هو أسـرع من النمو السكاني للفئات الأصغر سنا. فقد زاد إجمالي عدد السكان بنسبة ١٣,٢ بالمائة بين عامي ١٩٩٠ و ٢٠٠٠، في حين أن عدد السكان الذين بلغت أعمارهم ٨٥ عاماً فما فوق زاد بنسـبة تربو على ٣٦ بالمائة. وقد أوجد انتقال مواليد جيل الطفرة «لأوسـط العمر» أكبر فئة عمرية في العقد الأول من القرن الحادي والعشرين في الفئة العمرية ما بين ٤٥ و٦٥ عاماً. كما شـهدت العديد من الفئات العمرية الأصغر سـناً – أي ما بين ٢٥ و٣٤ عاماً – انخفاضاً في عدد السـكان خلال ذلك العقد. وسيستمر النقص في الأشـخاص الأصغر سـناً في فئة سـن العمل (أي من هم في المرحلة العمرية بين ٢٥ و٤٠ عامـاً) طوال هذا العقد حتى يدخل جيل الطفرة هذه الفئة العمرية في نهاية العقد الأول من القرن الحادي والعشرين (U.S. Census Bureau, 2003)).

العامـل الموجود أعلاه بالإضافـة إلى أغلب الآثار المترتبة على الطلب المسـتقبلي على الرعايـة الصحية يمثل حركة فئة جيل الطفرة نحو «الأعمار الوسـطى». فأول شخص من مواليد جيل الطفرة البالغ عددهم ٧٧ مليوناً بلغ الخمسين من العمر خلال تسـعينيات القرن العشـرين. فهذه فئة نشأت في سـعة من العيش وراحة واعتادت على وجود أشـياء بما في ذلك صحتها في نظام العمل. وعندما يتعين عليهم التعامل مع بداية المرض المزمن وحالة التدهور الطبيعي التي تصاحب الشـيخوخة، فإن نظام الرعاية الصحية سيتأثر بشكل كبير.

وكان الرفيق التلقائي لشـيخوخة أمريكا هو تأنيث السكان. فكان للتوزيع العمري المتغير آثار مهمة فيما يخص نسـبة الذكور للإناث بالنسـبة لعدد السـكان. وبصفة عامـة، كلما زاد عمر السـكان زاد الفائض من الإناث. وباسـتثناء من هم في أعمار صغيرة جداً، فإن عدد الإناث يفوق عدد الذكور في كل فئة عمرية. وبين كبار السـن، يفوق عدد الإناث عدد الذكور بنسبة اثنين إلى واحد. وفي الأعمار الكبيرة جداً يزيد عدد النساء على عدد الرجال بنسبة أربعة أضعاف. وينتج عن ذلك هيكل أعمار أكبر للنسـاء، وفي عام ٢٠٠٠، كان الوسـيط الإحصائي لعمر النسـاء هو ٣٨ عاماً مقارنة بعمر ٣٦,٥ للرجال. وعلاوة على ذلك، كان ٢٣,٢ بالمائة من عدد السكان من الإناث يبلغن ٥٥ عاماً أو يزيد مقارنة بنسبة ١٨,٩ بالمائة من عدد السكان من الذكور. وفي عام ٢٠٠٠، بلغ فائض الإناث عن الذكور في السـكان إلى أكثر من خمسـة ملايين في الولايات المتحدة.

التنوع العرقي والعنصري:

هنـــاك اتجاه ديموغرافي آخر يميـــز المجتمع الأمريكي وهو على مشـــارف القرن الحادي والعشـــرين، ألا وهو التنوع العرقي والعنصري المتزايد. فلقد أصبحت أمريكا مرة أخرى أمـــة من المهاجرين حيث وصلت أعداد القادمين الجدد من أراضي أجنبية خلال تسعينيات القرن العشرين إلى معادلة أرقام تاريخية قياسية ويزداد نمو الأقليات العنصرية والعرقية المترســـخة بمعدلات أسرع من معدلات السكان البيض الأصليين. ونتيجة لذلك، فإن رؤية البيض غير اللاتينيين من بين سكان الولايات المتحدة آخذ في التناقص (U.S. Census Bureau 2003).

وكان الأثر التراكمي لاتجاهات الســـنوات القليلة الماضية يتمثل في تناقص الحجم النسبي للســـكان البيض (وخاصة الســـكان غير اللاتينيين) والظهور المتصاعد للسود والآسيويين واللاتينيين من سكان الولايات المتحدة. وكشف تعداد عام ٢٠٠٠ أن ٧٥,١ بالمائة من عدد سكان أمريكا من البيض و١٢,٥ بالمائة من السود و٣,٧ بالمائة أمريكيون من أصل آســـيوي ومن جزر المحيط الهادي وأقل من واحد بالمائة هنود حمر أمريكا / سكان أصليون بألاسكا (بناء على تقارير حول العرق الواحد). أما الباقي فتم تصنيفه في الفئة العرقية تحت اسم «الأخرى» أو تشير إلى عرقين أو أكثر من ذلك.

وتشـــمل نسبة البيض معظم السكان البيض من أصل لاتيني وهم يمثلون ما نسبته ١٢,٥ بالمائـــة من مجموع الســـكان (وليس من إجمالي عدد الســـكان من أصل لاتيني بســـبب عدم تعداد كثافة اللاتينيين). وهكذا، شكل البيض من غير اللاتينيين حوالي ٦٣ بالمائة من ســـكان الولايات المتحدة في عام ٢٠٠٠. هذا بالمقارنة بـ ٧١ بالمائة في عام ١٩٨٠ و٦٧ بالمائة في عام ١٩٩٠. ونظراً لأن معظم النمو السكاني خلال العقدين المقبلين سيكون من فعل الهجرة، فإن نسبة البيض غير اللاتينيين من بين عدد السكان ستواصل الانخفاض.

هنـــاك قدر كبير من التنـــوع العمري موجود بين الجماعـــات العرقية والعنصرية، وهو عامل يســـمح للمختصين بمجال السكان بتقديم توقعات دقيقة نسبياً عن التكوين العرقي والعنصري للسكان في المستقبل، فالسكان الأنجلو (البيض غير اللاتينيين) هم إلى حد بعيد أكبر تركيبة عمرية في حين أن السكان الذين هم من أصل لاتيني يمثلون التركيبة الأصغر، حيث يوجد فارق يبلغ أكثر من عشر سنوات في الوسيط العمري في عام ٢٠٠٠ (٣٨,٦ عام مقابل ٢٨,١ عام). والوسيط العمري للسكان السود هو ٣٠,٢ عام وبالنسبة للسكان الأمريكيين من أصل آسيوي فإنه يبلغ ٣٢،٧ عام. ومن المتوقع أن

يستمر الفارق في التوزيع العمري في المستقبل المنظور حسبما توضحه نسب الأطفال المسجلين من مختلف الجماعات العرقية والعنصرية. وتشير إحدى الإحصائيات إلى حقيقة أنه، في عام ٢٠٠٠، كانت الأقليات تمثل أكثر من ٤٦ بالمائة من الأطفال دون سن الخامسة ولكنها لا تمثل سوى ٣٧ بالمائة من إجمالي عدد السكان.

ونظراً لحقيقة أن نظام الرعاية الصحية الأمريكي تم من الناحية التاريخية توجيهه لتلبية احتياجات السكان البيض بصفتهم الغالبية ولكن الاتجاه نحو مزيد من التنوع العرقي والعنصري لن يكون له سوى آثار كبيرة على طبيعة النظام. وينبغي أن تضع أية أنشطة تخطيطية في اعتبارها الخصائص المتغيرة للسكان والمتطلبات التي ستضعها هذه التغييرات على النظام.

الهيكل المنزلي والأسري المتغير:

هناك تطور ديموغرافي آخر ميز المجتمع الأمريكي وهو الهيكل الأسري والمنزلي المتغير. فلم يكن هذا النهج مفاجئاً للديموغرافيين على الرغم من أن ارتباطه بالمسائل الصحية مسألة نادرة. فكانت الأسرة تخضع لتغييرات على مدى عقود. وبدأ الأمر بارتفاع معدلات الطلاق ثم انخفاض أعداد من يتزوجون (ومن يتزوجون في سن متأخرة) ثم انخفاض الأشخاص الذين ينجبون أطفالاً (ومن يتزوجون في سن متأخرة ينجبون عدداً أقل من الأطفال).

وفي عام ٢٠٠٠، أشار التعداد إلى أن نسبة ٥٤,٤ بالمائة من سكان الولايات المتحدة ممن تزيد أعمارهم على ١٥ عاماً متزوجون، وهو رقم منخفض جداً مقارنة بالمعايير التاريخية. وحوالي ٢٧,١ بالمائة لم يسبق لهم الزواج و١١,٩ بالمائة منفصلون أو مطلقون في حين ٦,٦ بالمائة منهم أرامل. وكل هذه الأرقام مرتفعة مقارنة بالمعايير التاريخية. ونظراً لأن الحالة الصحية والسلوك الصحي يختلفان اختلافاً كبيراً بين حالات الزواج المختلفة، فإنه ينبغي أن تكون مجموعة الحالات الحالية والمستقبلية موضع اهتمام لدى واضعي الخطط الصحية (U.S. Census Bureau 2003).

وكان لهذه التغيرات في الحالة الاجتماعية آثار كبيرة على بنية الأسرة الأمريكية. ويعني ذلك أنه ما كان يعتبر من الناحية الشعبية عائلة أمريكية «نموذجية» (أب وأم وعددٌ من الأطفال) أصبح نادراً، حيث كان يمثل ٢٤ بالمائة فقط من الأسر في عام ٢٠٠٠. واليوم، أصبحت الأسرة المكونة من زوجين (بدون أطفال) هي النموذج الأكثر شيوعاً، ولكن هذا النوع من الأسر يمثل أقل من ٢٨ بالمائة من إجمالي الأسر.

وأصبحت الأسر «غير التقليدية» هي القاعدة، وأصبحت نسبة غير مسبوقة من الأسر مكونة من عائل واحد فقط.

وبالنسبة للحالة الاجتماعية، فإن البنية المتغيرة للأسرة لها آثار مهمة على الحالة الصحية والسلوك الصحي على حد سواء. فالمطالب التي تلقيها على عاتق نظام الرعاية الصحية للأسر المكونة من عائلين أو تلك المكونة من عائل واحد والمسنين الذين يعيشون بمفردهم مختلفة تماماً وتتطلب استجابات مختلفة من جانب نظام الرعاية الصحية. فالتنوع المستمر لأنماط الأسر الأمريكية في المستقبل المنظور يتطلب تعديلات مناسبة في نظام تقديم الرعاية الصحية.

توجهات المستهلكين:

بالرغم من أن أنماط توجهات المستهلكين في المجتمع الأمريكي تميل إلى التعقيد، إلا أنه من الواضح أن هناك توجهاً جديداً آخذاً في الظهور فيما يتعلق بالرعاية الصحية. فقد أصبح المستهلك في وقتنا هذا أكثر دراية بنظام الرعاية الصحية، وأكثر انفتاحاً على التوجهات المبتكرة وأكثر رغبة في لعب دور فعال في عمليات الحفاظ على الصحة والتشخيص والعلاج.

وتتركز هذه التوجهات الجديدة بين السكان تحت سن الخمسين وبين بعض المجموعات المميزة ديموغرافياً. وقادت فئة جيل الطفرة الحركة نحو السيطرة على صحة المرء، وهذه الفئة بدأت الآن مواجهة الحالات المرضية المزمنة المرتبطة بمرحلة «منتصف العمر». وكانت هذه الفئة السكانية مسئولة عن نجاح منظمات صيانة الصحة ومراكز الرعاية العاجلة ومراكز الولادة. وهذه الفئة هي التي كان لها تأثير في الحد من سلطة وسيطرة الأطباء والمستشفيات، كما أعطت هذه الفئة دفعة لبروز «العلاج البديل» كمنافس للطب الضدي أو التقليدي allopathic medicine.

كان النهج المتبع في الرعاية الصحية الذي فضله جيل الطفرة هو مزيد من التركيز على المريض بشكل أكثر من النهج التقليدي، ومن المرجح أن يؤكد هذا النهج على الجوانب غير الطبية للرعاية الصحية. وبشكل عام، فإن جيل الطفرة يتسم بانخفاض الثقة في المهنيين والمؤسسات وموجهون للتحكم الذاتي إلى حد العناد. وهذه المجموعة أكثر اعتماداً على نفسها من الأجيال السابقة بعد الحرب العالمية الثانية وتضع قيمة أكبر للرعاية الذاتية والرعاية المنزلية. وهذا الجيل له منحىً يميل للنتائج وحساس للتكاليف. وهو جيل يفخر بحصوله على النتائج واستخراجه قيماً لنفقاته. وفي

حـين أن هذه الفئة بدأت في التأثير في نظـام الرعاية الصحية من خلال «التصويت بأقدامها» خلال ثمانينيات القرن العشـرين، فإن أعضاءها يصلون إلى مراكز السلطة بشكل متزايد مما يسمح لهم بالتأثير في إعادة تشكيل خارطة الرعاية الصحية.

وتعكس هـذه التوجهات الجديدة نحو الرعاية الصحية إلـى حد ما تزايد النزعة الاسـتهلاكية المتصلة بجميع شرائح المجتمع. فالمستهلكون (على العكس من المرضى) يتوقعون الحصول على معلومات وافية ويطالبون بالمشـاركة في اتخاذ قرارات الرعاية الصحية التي تؤثر بشـكل مباشـر عليهـم ويتوقعون أن تكون الرعايـة الصحية التي يتلقونها في أعلى جودة ممكنة. ويرغب المستهلكون في الحصول على الرعاية الصحية بالقرب من أماكن سـكنهم مع أدنى حد ممكن من الإرباك لحياتهم الأسـرية وجداول أعمالهـم، كمـا يريدون تحقيق أقصى قـدر من القيمة التي يتلقونهـا مقابل إنفاقهم الصحي. وهكذا فإن التعامل مع حاجات المسـتهلكين يتطلب مدخلاً مختلفاً عنه عند التعامل مع حاجات المرضى.

تحول نظام الرعاية الصحية الأمريكي:

من غير المناسـب الحديث عن نظام رعايـة صحية حديث في الولايات المتحدة إلا بعد الحرب العالمية الثانية. فقد تم قبل ذلك الوقت، تطوير الرعاية الصحية كمؤسسة بشـكل سيئ وكانت تحصل هذه المؤسسة على نسبة ضئيلة من موارد المجتمع. وظلت ككيان غير مؤسسـي حتى الفترة التي تلت الحرب العالمية الثانية عندما بدأت تتطور بشكل سريع لتصبح مؤسسة أمريكية رئيسية.

هناك جانبان في أي نظام من أنظمة الرعاية الصحية يتعين وضعهما في الاعتبار: (١) نظام نظرية المرض و(٢) نظام تقديم الخدمات الصحية. ويشـتمل نظام نظرية المرض على فلسـفات وافتراضات أساسية تدعم النظام، حيث تمثل الإطار التفسيري الذي يعالج طبيعة العلة والمرض ويعمل كأساس لنظام تقديم الخدمات الصحية. وكما أن الطب العلمي المتأصل في نظرية الجراثيم يقدم أساساً للرعاية الصحية الأميركية الحديثـة، فقد قـدم نظام المعتقدات الدينية القائم على تأثيـر ما وراء الطبيعة نظام نظرية المرض للعديد من أنظمة الرعاية الصحية التقليدية.

وينطوي نظام التقديم على توفير الرعاية الصحية بشـكل حقيقي ملموس. وهذا هو العنصر الذي اعتاد عليه عامة الناس. وما لم تظهر بعض الأزمات أو ما لم يتطور النقاش العام حول إعادة النظر في هذه القضية فمن غير المحتمل أن يقوم المشاركون

في نظام التقديم بالنظر في نظام نظرية المرض الأساسية. ومع ذلك، فإن التغيير في طبيعة نظام نظرية المرض سيكون له آثار كبيرة على نظام تقديم الخدمات الصحية كما سيكون الدافع وراء أي تخطيط صحي.

ويمكن تقسيم تطور نظام الرعاية الصحية بعد الحرب العالمية الثانية إلى ست مراحل، أي أنها تتطابق مع العقود الخمسة للنصف الثاني من القرن العشرين. وسيتم مناقشة كل مرحلة من هذه المراحل بشكل مختصر في حينها.

خمسينيات القرن العشرين: ظهور الطب «الحديث»:

بينما دخل المجتمع الأميركي فترة جديدة من النمو والازدهار في أعقاب انتهاء الحرب العالمية الثانية، بدأ نظام الرعاية الصحية الأمريكي الحديث في التبلور. وأدى النمو الاقتصادي خلال الفترة إلى زيادة الطلب على مجموعة كبيرة من السلع والخدمات، بما في ذلك الرعاية الصحية. كان يتم النظر إلى «الصحة» باعتبارها قيمة في حد ذاتها وتم إنفاق موارد كبيرة على نظام الرعاية الصحية الناشئ الذي ظل كامناً خلال الحرب.

لقد شهدت خمسينيات القرن العشرين أول مشاركة كبيرة للحكومة الفيدرالية في مجال الرعاية الصحية، حيث أسفر قانون هيل-بيرتون Hill-Burton Act عن بناء مئات المستشفيات لتلبية الطلب المرتفع ما بعد الحرب. وأصبح التأمين الصحي شائعاً وأصبحت فوائد الرعاية الصحية بدعم من نفوذ النقابات العمالية قضية رئيسية على طاولة المفاوضات.

كما كانت الحرب العالمية الثانية بمثابة «مختبر» عملاق لتجربة مجموعة واسعة من العمليات الطبية والجراحية. وكانت جراحة الصدمات غير معروفة قبل الحرب، وأصبحت الآن قدرات علاج الصدمات والحروق متاحة للتطبيق في السياق المدني. وكان يجري إدخال علاجات جديدة بالعقاقير وأصبح ينظر إلى الخدمات الصحية الرسمية باعتبارها حلاً لعدد متزايد من المشكلات.

ستينيات القرن العشرين: العصر الذهبي للطب الأمريكي:

شهدت مؤسسة الرعاية الصحية في الولايات المتحدة أثناء هذه الفترة توسعاً غير مسبوق في عدد العاملين والمنشآت. وبرز المستشفى باعتباره مركزاً للنظام، وجاء الطبيب الذي كان حقّه مهضوماً في العقود السابقة، ليلعب دوراً محورياً في علاج الأمراض. وزادت رواتب الأطباء وكذا الوضع الاجتماعي بشكل كبير (Starr, 1982).

وانتشـــر التأمين الخاص على نطاق واســع، وكان يتم تقديمـــه في المقام الأول من خلال خطط عمل يرعاها أرباب العمل. وتم إدخال برامج الميديكير والميديكيد وقامت هذه المبادرات بتوســيع فرص الحصول على الرعاية الصحيـــة (على نفقة الحكومة) للمسنين والفقراء على السواء.

وتم تطوير تقنيات علاجية جديدة، صحبها نمو في مجموعات متنوعة من التقنيات وفي موظفي الدعم المطلوبين. وتم وضع شـــروط جديدة (مثل: إدمان الكحول وفرط النشـــاط) باعتبارها مناســـبة لتلقي العلاج الطبي، وهو الأمر الذي سمح بزيادة نسبة السكان الذين تشملهم مظلة «الإدارة الطبية». ووجدت ثقة كاملة للمستهلك في نظام الرعاية الصحية بشكل عام وفي المستشفيات والأطباء على وجه الخصوص.

كان هناك بعض اللغط من المعارضين بسبب نقص حصول شرائح معينة من السكان علـــى الرعاية الصحية. فلم يكن هناك مـــن الناحية الافتراضية انتقاداً لنظام نظرية المرض وهو الأســـاس الذي يقوم عليـــه نظام التقديم. وكان هناك شـــعور بأن البنية التحتية كانت سليمة وأن إجادة استخدام النظام هو المطلوب.

سبعينيات القرن العشرين: التشكيك في النظام:

وبدخول ســـبعينيات القرن العشرين كان يبدو أن نظام الرعاية الصحية سيواصل السير في طريق التوسع والنمو. واستمر ظهور أساليب جديدة وبدا أنه لا حد لتطبيق التقنية الطبيـــة الحيوية، حتى إنه تم تحديد المزيد من الحالات الجديدة وجرى وضع أعـــداد متزايدة من المواطنين تحت إدارة طبيـــة يتم تمويلها من خلال التأمين الخاص والخطط التي تدعمها الحكومة. وتم اعتماد المستشـــفى كمركز للنظام وظل الطبيب يسيطر على أكثر من ٨٠ بالمائة من الإنفاق على الخدمات الصحية.

وبدأ خلال هذا العقد طرح عدد من القضايا بشأن نظام الرعاية الصحية وطريقة عملـــه. كما أن تلـــك القضايا الخاصة بإمكانية الوصول والمســـاواة والتي تم إعلانها لأول مرة في ســـتينيات القرن العشـــرين وصلت إلى نقطة حيث لم يعد يمكن تجاهل الوضع. وبدا أن شـــرائح واسعة من السكان تم استبعادها من التيار الرئيسي للطب. وعلاوة على ذلك، تم التشكيك في فعالية النظام في التعامل مع الحالة الصحية العامة للسكان. وأشارت مؤشرات الحالة الصحية المعيارية إلى أن سكان الولايات المتحدة قد سبقهم العديد من الدول الأخرى في تحسين الوضع الصحي.

ورغم أنه أثير العديد من القضايا خلال سبعينيات القرن العشرين، إلا أن ارتفاع تكاليف الرعاية استحوذت على القدر الأكبر من الاهتمام. ومن الواضح أن الولايات المتحدة كان لديها أغلى نظام رعاية صحية في العالم. وكانت التكاليف مرتفعة وكانت تزيد بمعدل أكبر كثيراً من تلك الموجودة في قطاعات أخرى من القطاعات الاقتصادية. ورغم أنه كان من المفترض أن موارد توفير الرعاية الصحية غير محدودة، إلا أن الإدارة أدركت ضرورة وجود حد لما يمكن إنفاقه على الخدمات الصحية. وبالإضافة إلى الشكوك بشأن الوصول إلى الخدمات وفاعليتها، فقد كان ارتفاع تكاليف الرعاية مصدراً للقلق بشكل كبير وواسع.

وخلال هذه الفترة تم لأول مرة التشكيك في أسس نظام الرعاية الصحية. ووجهت انتقادات في وقت سابق لطريقة تشغيل النظام، وكان من المفترض أن نظام نظرية المرض كان مناسباً، وبالتالي، فقد تم تأييد توجه «الإسعافات الأولية» بدلاً من إجراء عملية كبرى. ومع نهاية سبعينيات القرن العشرين، تعالت المزيد من الأصوات بشأن الافتراضات الأساسية للنظام.

ثمانينيات القرن العشرين: التحول الكبير:

لا شك أن المؤرخين ينظرون إلى فترة ثمانينيات القرن العشرين باعتبارها حداً فاصلاً للرعاية الصحية في الولايات المتحدة، وبرزت قضايا عديدة على مدى العقدين السابقين مع بداية الثمانينيات. وبحلول نهاية هذا العقد، أصبحت الرعاية الصحية الأمريكية شبه مجهولة بالنسبة لقدامى المتخصصين في مجال الصحة. وخضع تقريباً كل جانب من جوانب النظام لعملية تحول، وبدأ نموذج جديد في الظهور كأساس لنظام نظرية المرض (Strauss and Corbin, 1988).

وقد دفعت تكاليف الرعاية الصحية الباهظة والجامحة على ما يبدو إدارة الرعاية الطبية «الميديكير» (الرعاية الطبية لكبار السن وأصحاب الاحتياجات الأخرى) إلى استحداث نظام الدفع القبلي (الدفع المحدد مسبقاً) وسرعان ما سارت شركات التأمين الخاصة على نفس النهج بمجموعة متنوعة من أساليب احتواء التكاليف. وبدأ أرباب العمل، الذين كانوا يتحملون جزءاً كبيراً من فاتورة تكاليف الرعاية الصحية المتزايدة، في القيام بدور أكثر نشاطاً في إدارة خططهم الصحية (خطط التأمين).

كما شهد العقد استحداث ترتيبات مالية وهياكل تنظيمية جديدة. وكثرت التجارب في محاولة لإيجاد سبل لتوفير الخدمات الصحية بأساليب أكثر فاعلية وكفاءة. وكانت

النتيجة الرئيسية لهذه الأنشطة هي إدخال الرعاية المدارة كنهج في السيطرة على استخدام الخدمات، وبالتالي على التكلفة التي تتحملها شركات التأمين. واستلزم مفهوم الرعاية المدارة وجود محفزات من جانب جميع الأطراف من أجل استعمال أكثر ملاءمة للنظام.

وأدى هذا التحول إلى تغيرات كبيرة في كل من القوة والمخاطر داخل النظام. وألقي باللائمة على القوى التي كان يتمتع بها مديرو المستشفيات والأطباء بحسب التكاليف الزائدة وعدم كفاءة النظام. وبدأ الطرف الثالث المسدد إلى جانب أرباب العمل والمستهلكين محاولة المشاركة في هذه القوة. وظهرت مجموعات كبيرة من المشترين بدأت في التفاوض لخفض التكاليف مقابل حق حصري (لتقديم خدمات الرعاية لكافة العاملين). وبدأت شركات التأمين التي كانت تتحمل في الماضي معظم المخاطر المالية التي ينطوي عليها تمويل الخدمات الصحية، بتحويل بعض من هذه المخاطر لمقدمي الخدمات والمستهلكين.

كما كان للتطورات خارج الرعاية الصحية تأثيرٌ كبيرٌ. وكان من أهمها الطبيعة المتغيرة للسكان في أميركا. وجرى استبدال الحالات الحادة التي سادت مشهد الرعاية الصحية منذ بداية الطب الحديث بالحالات المرضية المزمنة الخاصة بكبار السن. وجرى استبدال أمراض الجهاز التنفسي والأمراض الطفيلية وإصابات الملاعب في العقود السابقة في غرفة الانتظار عند الطبيب بارتفاع ضغط الدم والتهاب المفاصل ومرض السكري. وأصبح هناك عدم توافق بين قدرات نظام الرعاية الصحية واحتياجات المرضى المفترض تلبيتها لدرجة بداية ظهور نظام لنظرية المرض.

تسعينيات القرن العشرين: نموذج التحول:

على الرغم من أن التغيير يحدث بشكل غير متساو في كافة أرجاء نظام الرعاية الصحية في نظام معقد مثل النظام الأمريكي، وبحلول أواخر تسعينيات القرن العشرين كانت هناك نقلة نوعية حقيقية. وكان ذلك ينطوي على التحول من التركيز على «الرعاية الطبية» إلى التركيز على «الرعاية الصحية». ويتم تعريف الرعاية الطبية تحديداً من حيث الخدمات الرسمية التي يوفرها نظام الرعاية الصحية، ويشير في المقام الأول إلى الأنشطة الموجودة تحت سيطرة الأطباء. ويركز هذا المفهوم على الجوانب السريرية أو الرعاية العلاجية وتستبعد الجوانب غير الطبية للرعاية

الصحية. وتشير الرعاية الصحية إلى أن الوظيفة التي يمكن أن تتعلق بالحفاظ على الوضع الصحي أو تتصل بشكل مباشر أو غير مباشر بتعزيزه. ولا يشمل هذا المفهوم الأنشطة الرسمية فحسب (مثل زيارة الأخصائي الصحي) ولكن أيضاً يشمل الأنشطة غير الرسمية مثل الرعاية الوقائية (مثل تنظيف الأسنان واتباع نظام غذائي سليم وغيرها من الأنشطة الخاصة بالمحافظة على الصحة).

ومنذ سبعينيات القرن العشرين كانت هناك حركة من الأنشطة وتأكيد واضح على الرعاية الصحية وليس الرعاية الطبية. وزاد بشكل كبير تقدير الدولة لأهمية الجوانب غير الطبية من الرعاية الصحية، ودفع الوعي المتزايد للعلاقة بين الوضع الصحي ونمط الحياة، فضلاً عن إدراك أن الرعاية الطبية تقتصر في قدرتها على السيطرة على الاضطرابات التي يعاني منها المجتمع الحديث والابتعاد عن النموذج الطبي الصارم الخاص بالصحة والمرض إلى نموذج يدمج منظور الرعاية الاجتماعية والنفسية (Engel 1977).

لقد لعبت العوامل الديموغرافية دوراً كبيراً في هذه العملية. ومما لا شك فيه أن تأثير فئة جيل الطفرة كان ملموساً فيما يتعلق بهذه القضايا. وقادت هذه الفئة من السكان أكثر من أي شيء آخر التحرك نحو إعادة توجيه القيم فيما يخص الرعاية الصحية. فقد كانت هذه الفئة هي التي أكدت على الراحة والقيمة والاستجابة ومشاركة المرضى والمساءلة، وغيرها من الصفات التي لا نجدها عادةً في نظام تقديم الرعاية الصحية بالولايات المتحدة. كما كانت هذه الفئة هي أيضاً التي لعبت دوراً مهماً في ظهور مراكز الرعاية العاجلة ومنشآت الجراحة المستقلة ومنظمات المحافظة على الصحة باعتبارها سمات قياسية للنظام.

وعلى الرغم من هذا التغيير في التوجه، إلا أنه ظل هناك حالة من عدم توازن النظام فيما يتعلق بتخصيص الموارد لمختلف مكوناته. ولا يزال يحصل العلاج على نصيب الأسد من أموال الرعاية الصحية، ولا تزال تركز معظم البحوث على تطوير العلاج بدلاً من اتخاذ تدابير وقائية. ولا تزال المستشفى هي بؤرة النظام، ولا يزال الطبيب هو اللاعب الأساسي. ومع ذلك، فإن كل أساس من أسس الرعاية الطبية هذه تم إضعافه إلى حد كبير خلال تسعينيات القرن العشرين، مع حدوث تحول واضح نحو مفهوم الرعاية الصحية الموجهة خلال التسعينيات. (انظر مربع ٢-٣ لمزيد من النقاش حول هذا النموذج)

ومع نهاية القرن العشـــرين، ظلت مؤسســـة الرعاية الصحية تعاني من العديد من المشـــكلات. ويمكن القول إن النظام كان مكلفـــاً للغاية، وخاصةً في ضوء عدم قدرته على التصدي بفعالية للمشـــكلات الصحية المعاصرة والارتقاء بالحالة الصحية العامة للسكان وأن شرائح كبيرة من السكان كانوا محرومين من الحصول على العلاج الأولي. وتشـــير حقيقـــة أن «التكاليف الإداريـــة» تمثل ٢٣ بالمائة من أمـــوال الرعاية الصحية الأمريكية (مقارنة بأقل من ١٠ بالمائة في الأنظمة الاجتماعية) إلى وجود أوجه قصور كبيرة في النظام. (لاستعراض حالة نظام الرعاية الصحية الأمريكي في نهاية القرن العشرين، انظر ويلنيسكي ونيوهاوس، ١٩٩٩).

الفترة من ٢٠٠٠-٢٠١٠ الرعاية الصحية في الألفية الجديدة:

بدا مع بزوغ فجر القرن الحادي والعشـــرين أن نظام الرعاية الصحية في الولايات المتحدة قد دخل مرحلة جديدة تعكسٍ التطورات التي حدثت في أواخر القرن العشرين كما تعكس الاتجاهات الناشئة حديثاً. ومع استمرار خسارة النموذج الطبي لمكانته تم ترســـيخ نموذج الرعاية الصحية. وكان ظهور هذا الاتجاه بشكل جزئي نتيجة للنزعة الاســـتهلاكية المعاصرة وظهور ســـوق «الخيار للمســـتهلك». وفي الوقت نفسه، كانت المتطلبات المالية وطلبات المستهلكين تشجع على تبني نهج أكثر شمولية وأقل كثافة في مجال الرعاية الصحية.

وتشـــهد الألفية الجديدة اســـتمرار التفاوت في الرعاية الصحيـــة، والتي تفاقمت بســـبب العـــدد المتزايد من الأفراد غيـــر المؤمن عليهم والاقتصـــاد المنهار الذي يحول الرعاية الصحية إلى رفاهية بالنسبة للعديد من الأميركيين. وتوجد فوارق في الحالة الصحيـــة بين مختلف المجموعات العرقية والعنصريـــة وبين من يعانون من تفاوت في الوضع الاجتماعي والاقتصادي. وتوجد فوارق في اســـتخدام الخدمات الصحية وفي أنواع العلاج التي يتم توفيرها للأفراد في فئات اجتماعية مختلفة.

كما شهد العقد الأول من القرن الواحد والعشرين رد فعل على الرعاية المدارة حيث أصبحت ترتيبات السداد على أساس النسمة (عدد الأفراد المسجلين في الخطة) أقل شيوعاً، ويجري التخلي عن مفهوم حارس البوابة، ويتم إعادة طرح خيار المستهلك في الســـوق وأصبح جيل الطفرة يوجه الســـوق على نحو متزايد، ويشكل أنماط استخدام بل ويُحدث طلباً على الخدمات الجديدة. وفي الوقت نفســـه تزايد عدد الســـكان من الأميركيين المسنين وهو ما أوجد الطلب على خدمات الكبار بشكل أكبر مما مضى.

وتعتبر تكنولوجيا المعلومات قوة دافعة ذات أهمية متزايدة. وتستدعي الرعاية الصحية الجديدة إدارة فعالة للمعلومات وتحليل البيانات. ونقلت مطالب قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة Health Insurance Portability and Privacy Act (HIPAA) قضايا تكنولوجيا المعلومات إلى الواجهة. ويرافق ذلك ارتفاع الرعاية الصحية الإلكترونية، وهو ما قد يعتبر أهم تطور في مجال الرعاية الصحية منذ عدة سنوات. فاستخدام شبكة الإنترنت في نشر المعلومات الصحية وخدمة المرضى والمسجلين بالخطة وتوزيع منتجات الرعاية الصحية يبشر بإحداث تغيير كبير في العلاقات داخل قطاع الرعاية الصحية.

مربع ٢-٣

من الرعاية الطبية للرعاية الصحية

يقول معظم المراقبين لمشهد الرعاية الصحية إن التطور الأساسي في مجال الرعاية الصحية أواخر القرن العشرين هو النقلة النوعية من التركيز على الرعاية الطبية إلى التركيز على الرعاية الصحية. وعلى الرغم من استخدام المصطلحين بالتبادل، إلا أن هناك اختلافات كبيرة تميز بين المفهومين، وهذه الاختلافات لها آثار كبيرة على التخطيط الصحي.

ويتم تعريف الرعاية الطبية بمعناها الضيق على أنها الخدمات الرسمية التي يوفرها نظام الرعاية الصحية. وهذا التعريف يشير في المقام الأول إلى تلك الوظائف في النظام التي تخضع لنفوذ الأطباء. ويركز هذا المفهوم على الجوانب السريرية للرعاية مثل التشخيص والعلاج ويستبعد النظر في الجوانب غير الطبية للرعاية. ويتم تعريف الرعاية الصحية بمعناها الأشمل على أنها نشاط يسهم بشكل مباشر أو غير مباشر في حفظ وصيانة الوضع الصحي وتحسينه. ولا تقتصر الرعاية الصحية على الأنشطة الصحية الرسمية (مثل زيارة أخصائي صحي) ولكنها تشمل أيضاً المشاركة في صحة الفم والرياضة وعادات تناول الطعام الصحي.

كان النموذج المهيمن في العلوم الطبية الغربية هو النموذج الطبي للمرض منذ بداية القرن العشرين. وتم بناء النموذج الطبي على أساس نظرية الجراثيم التي وضعت في وقت متأخر من القرن التاسع عشر ويوفر النموذج الطبي إطاراً مناسباً داخله للعلاج والاستجابة للحالات الصحية الحادة التي تفشت في القرن العشرين. ومنذ

سبعينيات القرن الماضي كانت هناك حركة مطردة ومستمرة من الأنشطة والتركيز بعيدا عن الرعاية الطبية. وعلى الرغم من التطور المتزايد في التكنولوجيا الطبية فقد أصبحت أهمية الجوانب غير الطبية في تزايد مستمر نحو تعزيز الرعاية الصحية. ودفع الوعي المتزايد لتوضيح العلاقة بين الحالة الصحية ونمط الحياة إلى إدراك أن الرعاية الصحية لا تقتصر فقط على علاج اضطرابات المجتمع الحديث وعدم التركيز على الشكل الطبي من حيث الصحة والمرض وإنما تضم كذلك المنظور الاجتماعي والنفسي.

وقد أسهم عدد من العوامل بصورة مباشرة أو غير مباشرة في هذا التحول الذي طرأ على توجهات الرعاية الصحية. وأدى «التحول الوبائي» الذي من خلاله حلت الأمراض المزمنة محل الحالات الحرجة لتؤدي دوراً بالغ الأهمية. وفقد النموذج الطبي بعضاً من إمكانياته حيث تضاءلت أهمية الحالات الحرجة وباتت الحالات المزمنة والانحلالية سائدة. وبمجرد أن انتفت الكائنات الحية الدقيقة كسبب لأغلب الحالات المرضية داخل البيئة وأصبحت من أوجه نمط الحياة، كانت هناك حاجة لنموذج جديد للصحة والمرض. فلم تعد الحالات المزمنة التي كانت تتسبب في أغلب المشكلات الصحية تستجيب بشكل جيد لأسلوب العلاج والشفاء من خلال النموذج الطبي. ولم يكن بالإمكان علاج الأمراض المزمنة ولكن كان لا بد من إدارتها على مدار العمر ودعا هذا لوجود أسلوب مختلف تماماً.

وكان هناك بشكل مستقل عن هذا التوجه تصاعد في عدم رضا المرضى عن نظام الرعاية الصحية. وعلاوة على ذلك فقد دفعت التكاليف المتقلبة لنظام الرعاية الطبية بالمراقبين من جميع الاتجاهات إلى التشكيك في الحكمة من اتباع نهج واحد لحل المشكلات الصحية المعتادة في مجال الرعاية الطبية.

كما أدى التغير الديموغرافي دوراً مهماً في هذه النقلة النوعية حيث أصبح نفوذ فئة جيل الطفرة الكبيرة عاملاً رئيسياً. وقادت هذه الفئة من السكان، أكثر من أي مجموعة أخرى في المجتمع الأمريكي، التحرك نحو تغيير التركيز في مجال الرعاية الصحية. فتشدد هذه الفئة على الراحة والقيمة والاستجابة ومشاركة المريض وغيرها من الصفات التي لم تكن موجودة أو متعارف عليها في النموذج الطبي. وكان لهذه الفئة العمرية دور فعال في ظهور مراكز الرعاية العاجلة ومرافق العيادات الخارجية المبتكرة ومؤسسات الرعاية الصحية والمزايا القياسية لنظام الرعاية الصحية.

لقد أثر الانتقال من الرعاية الطبية إلى الرعاية الصحية في كل شيء بداية من التعريفات القياسية للصحة والمرض وحتى الطريقة التي يتم بها تقديم الرعاية الصحية. ويتم الآن تعريف الحالة الصحية على أنها عملية مستمرة وليس كحلقة معينة من حلقات الرعاية. ويتم الآن السعي للوقوف على أسباب اعتلال الصحة سواءا في البيئة والسياق الاجتماعي للفرد مثلما يتم تعقبها تحت الميكروسكوب. فتم الإقرار بأهمية المكون غير الطبي في العلاج ويسمح للآباء بالمشاركة في الرعاية الصحية لحالات الولادة كما يتم تشجيع الأسر على المشاركة في علاج مرضى السرطان. ولعل أهم مؤشر للنقلة النوعية هو تغيير مصطلحات مثل «العميل» أو «المستهلك» أو حتى «الزبون» بمصطلح «المريض».

المراجع:

- Engle, George (1977). "The Need for A New Medical Model: A Challenge for Biomedicine," Science 196:129–135.
- Omran, A. R. (1971). "The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change," Milbank Memorial Fund Quarterly 49: 515ff.
- Parsons, Talcott (1951). The Social System. New York: Free Press.
- Starr, Paul C. (1982). The Social Transformation of American Medicine: The Rise of a Sovereign Profession and the Making of a Vast Industry. New York: Basic Books.
- Strauss, A., and J. M. Corbin (1988). Shaping a New Health Care System. San Francisco: Jossey-Bass.
- Wilensky, G. R., and J. P. New house (1999). "Medicine: What's Right, What's Wrong, What's Next?", Health Affairs, 18:92–106.
- United States Census Bureau (2003). "American FactFinder", accessed at URL: http://factfinder.census.gov/servlet/BasicFactsServlet

مصادر إضافية:

- Pol, Louis G., and Richard K. Thomas (2001). The Demography of Health and Healthcare. (2nd edition). New York: Plenum.

الفصل الرابع
الطلب على الخدمات الصحية واستخدامها

مقدمة:

مما لا شك فيه أن الطلب على الخدمات الصحية هو الباعث لكافة أنشطة تخطيط الرعاية الصحية، إذ يُعتبر الطلب على هذه الخدمات هو سبب وجود أي من منظمات الرعاية الصحية. لذا فإن معظم القرارات التي يتم اتخاذها فيما يتعلق بتقديم خدمة ما أو عدم تقديمها يمكن توقعها استناداً إلى مستويات مفترضة من الطلب. هذا وبمجرد أن يتم تقديم خدمة ما فمن الناحية الافتراضية تكون كافة القرارات المتعلقة باستمرار تقديم تلك الخدمة بمثابة وظيفة لمستوى الطلب. ولهذا السبب يُمضي المخططون الصحيون وقتاً طويلاً ويبذلون جهداً كبيراً في محاولة تحديد المستويات الحالية والمستقبلية للطلب على الخدمات الصحية ككل، أو على خدمات معينة تقدمها المنظمة التي تشملها عملية التخطيط.

إن مسألة الطلب تعيدنا إلى التساؤل حول هوية من (أو ما) نقوم بالتخطيط لأجله. ففي حالة التخطيط على نطاق المجتمع يتعين الأخذ في الاعتبار الطلب على أكبر نطاق ممكن من الخدمات. وإذا ما أردنا أن يكون التخطيط شاملاً بحق، فإنه يتعين تحديد الطلب على كافة أنواع الخدمات التي تُراوح بين برامج توعية المستهلك وحتى إدارة الأمراض المزمنة ورعاية حالات الإصابات.

أما على مستوى المنظمة فإن التركيز يكون أكثر ضيقاً، إذ سيتم التأكيد على الطلب على الخدمات التي تقدمها المنظمة بالفعل أو تلك التي تعتزم المنظمة تقديمها. أما إذا كانت المنظمة متعددة الأهداف كالمستشفيات فسيتعين على واضع الخطة أن يأخذ في اعتباره نطاقاً عريضاً من الخدمات (على الرغم من كون هذا النطاق ليس على نفس القدر من الشمولية التي يأخذها في اعتباره واضع الخطة لصحة المجتمع). ومن ناحية أخرى، فإن المؤسسة المحلية للصحة المنزلية التي تخدم مرضى برنامج الرعاية الطبية «ميديكير» Medicare بشكل حصري ستكون معنية بنطاق ضيق إلى حد ما من الخدمات.

لقد ازداد تعقد العوامل المؤثرة على مستوى الطلب على الخدمات الصحية، كما أن أنماط الاستفادة السابقة أصبحت لا تجدي في توقع الاستفادة المستقبلية.

فقد عملت التحولات الكبيرة الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية والنفسية والتي شهدها ولا يزال يشهدها المجتمع الأمريكي على تعديل مستوى الطلب بشكل «طبيعي». ففي نفس الوقت تؤثر ترتيبات الرعاية المدارة والتطورات الأخرى في مجال الرعاية الصحية على مستوى الطلب على الخدمات الصحية. وجعلت هذه التطورات من مهمة توقع الطلب على الخدمات الصحية تحدياً كبيراً في وقت تكون فيه عملية التوقع أمراً ضرورياً لبقاء غالبية المنظمات.

تعريف «الطلب»:

يُعَدُّ «الطلب» مفهوماً غير دقيق إذا تم تطبيقه على الخدمات الصحية، كما يتم عادةً استخدام هذا المصطلح مرادفاً لمصطلحات أخرى. ففي الواقع، ليس هناك من الناحية التقنية تعريف واحد للطلب بمعناه الواسع. لهذا فإن ذلك المصطلح على قدر من عدم الوضوح ويتم استخدامه بطرق عديدة مختلفة مما يصعب معه تقديم تعريف دقيق له.

إن جزءاً من الارتباك حول تعريف (وقياس) الطلب على الخدمات الصحية ينتج عن عدم الاتفاق على هوية العميل الذي تُقدم له الخدمات الصحية. وتكون الخدمات التي يطلبها المستخدم النهائي، وهو المريض في العادة، هي أهم الاعتبارات. إلا أن مجموعات العملاء الآخرين مثل الأطباء والخطط الصحية وأرباب العمل قد يؤدون دوراً في تحديد الطلب. فمن ناحية الخطط الصحية قد يكون العميل بالفعل هو مدير المنافع لخطة يمولها أرباب العمل. وقد يكون العملاء موزعي التجزئة لشركات التوريدات والمستلزمات الطبية.

قد تكون الطريقة المثلى لتناول مفهوم الطلب هي دراسة الأجزاء التي يتكون منها. فمن منظور التخطيط يمكن تكوين فكرة حول الطلب باعتباره النتيجة المطلقة للتأثير المشترك لكل من: (١) الحاجة إلى الرعاية الصحية (٢) والرغبات في الرعاية الصحية (٣) والمعايير الموصى بها للرعاية الصحية (٤) وأنماط الاستفادة الفعلية (Berkowitz et al. 1997).

الحاجة إلى الرعاية الصحية:

يمكن تعريف الحاجة إلى الرعاية الصحية من حيث الحالة الصحية الكلية للسكان أو بشكل أكثر تحديداً من حيث عدد الحالات التي تتطلب المعالجة الطبية الموجودة في السكان. إن الحالات الصحية المتضمنة هنا هي تلك التي يمكن للتقييم

الموضوعي - مثل الفحص الجسماني - أن يكشف عنها داخل السكان. قد تُعتبر هذه هي الاحتياجات المطلقة التي تتواجد في «الطبيعة» دون وجود تأثير لأي عوامل أخرى. وإذا ما تساوى كل شيء، فينبغي ألا تزداد مغايرة هذا المستوى المطلق من الحاجة من سكان لسكان آخرين. إن هذه الحاجات المستندة إلى علم الأوبئة والتي يمكن لفريق من المهنيين الصحيين التعرف عليها من خلال الخوض في المجتمع يمكن اعتبارها ممثلة للانتشار الفعلي للمرض داخل السكان.

إن السكان الذين لديهم خصائص محددة من المتوقع أن يكون لديهم مستوىً معين من الحالات الصحية المختلفة استناداً إلى هذه الخصائص. إلا أن هذه الحاجات المطلقة، على الأقل في المجتمعات المعاصرة، لا يتم ترجمتها بشكل مباشر إلى الطلب، إذ إن هناك عدم توافق كبير بين هذه الحاجات الأساسية والاستفادة الفعلية من الخدمات، فهناك العديد من الحالات التي لا تتلقى علاجاً (بل قد لا تتلقى تشخيصاً) لعدة أسباب. وهناك حالات أخرى كثيرة يتم معالجتها ولكنها لا تعتبر ضمن الاحتياجات المطلقة للسكان. فعلى سبيل المثال لا يوجد هناك فريق من أخصائيي الأوبئة يقوم أثناء تقييمه لاحتياجات الرعاية الصحية لمجتمع ما بإدراج بشرة الوجه المتجعدة كمشكلة صحية، إلا أن هناك عشرات الآلاف من عمليات شد الوجه تجري في الولايات المتحدة سنوياً على يد الأطباء. لهذا فإن وجود حاجة مثبتة إكلينيكياً لا يعد شرطاً لوجود الطلب على خدمة ما.

الرغبات في الرعاية الصحية:

يمكن تعريف مصطلح الرغبات في الرعاية الصحية بالأمنيات أو ما يريده السكان من الخدمات الصحية. وعلى العكس من الحاجة للرعاية الصحية، فإن الرغبات لا يتعين بالضرورة إظهارها من خلال مسح مجتمعي يقوم به متقصو الصحة العامة. كما أن تأثير الاحتياجات المطلقة للسكان في تشكيل هذه الرغبات أقل من تأثير العوامل المتنوعة التي تؤثر في استهلاك السلع والخدمات الأخرى إلى جانب الرعاية الصحية. وفي الحقيقة، يُعَدُّ كثير من الخدمات الصحية التي يتم استهلاكها غير ضروري أو اختياري من الناحية الطبية، وتعكس هذه الخدمات الرغبات وليس الحاجات. ومن أمثلة هذه الخدمات العمليات الجراحية لشد ترهلات البطن أو تصحيح قصر النظر بالليزر. لقد تمكن نظام الرعاية الصحية بالولايات المتحدة من التكيف مع وجود الرغبات وكذلك الاحتياجات، كما أن هناك مكونات مهمة بهذا النظام تساعد في تلبية هذه الخدمات الاختيارية المرغوب فيها.

إن مدى كون الرغبات تجاه الرعاية الصحية محلاً للدراسة والبحث في عملية التخطيط يعتمد على نوع العملية الجاري القيام بها. ومن الناحية المثالية ينبغي أن تركز عملية التخطيط المجتمعي على الحاجات الأساسية للسكان، إلا أنه يجب من الناحية الواقعية وضع رغبات السكان في الاعتبار إذا ما أريد للنهج التخطيطي أن يكون شاملاً بحق. أما على مستوى المنظمة، فإن نوع المنظمة وكذلك الخدمات التي تقدمها هي التي تحدد ما إذا كانت الحاجات أو الرغبات هي محل الاعتبار الرئيسي. ومن المؤكد أن عيادة مرضى الإيدز تتعامل مع احتياجات أساسية وهناك عدد قليل من الإجراءات الاختيارية المتعلقة بمعالجة مرضى الإيدز. ومن ناحية أخرى، فإنه من المرجح أن يركز طبيب جراحات التجميل والمتخصص في نحت الجسم على الطلب الذي تحركه رغبات الأشخاص الذين يهتمون بالمظهر. وفي الوقت نفسه، إذا قام جراح العمليات التجميلية بإجراء عملية ترميم لضحايا الإصابات، فقد تكون الاحتياجات والرغبات محل اعتبار أثناء التخطيط.

المعايير الموصى بها للرعاية الصحية:

يتضمن البعد الثالث معايير موصى بها عند تقديم خدمات الرعاية الصحية. وكما أن متخصصي الرعاية الصحية قد أصبحوا أكثر إدراكاً للوقاية والحفاظ على الصحة، فقد ازداد عدد الإجراءات التي يُنصح بها. ويشتمل هذا المكون بشكل أساسي على إجراءات تشخيصية أو إجراءات إدارة المرض يوصى بها لمرضى ذوي أعراض معينة أو معرضين لخطر بعض المشكلات الصحية.

لقد طور المجتمع الطبي معايير تحث على إجراء اختبارات تشخيصية بتكرار محدد، إلى جانب القيام بإجراءات طبية محددة وفي أوقات محددة، وتنفيذ خطط معالجة متنوعة تجاه مرضى محددين. لذا يوجد الآن نطاق عريض من الإجراءات التشخيصية التي يُوصف بها لمجموعات ذات أعمار معينة وفئات سكانية أخرى معرضة للخطر عند ظروف صحية متنوعة. فعلى سبيل المثال، يُوصى بإجراء صورة للثدي بأشعة إكس مرة في العام للسيدات فوق سن الخمسين وبإجراء فحوصات دورية للبروستاتا للرجال فوق سن الأربعين، واختبارات الكولسترول للأفراد المعرضين لخطر حالات معينة.

في حين ازداد وعي الأمريكيين بالأمور الصحية فقد ازداد عدد المعايير المطلوب الوفاء بها. فمنذ بضعة سنوات، على سبيل المثال، كانت اختبارات الكولسترول تقتصر على المرضى الخاضعين لإدارة طبية مستمرة ونشطة. أما الآن، فيُوصى بإجراء اختبارات الكولسترول للجميع بعد مرور فترات محددة، وكذلك إجراء اختبارات

سـرطان عنق الرحم وفحوصات الثدي للسيدات واختبارات المثانة للرجال، إلى جانب عدد متزايد من الإجراءات التشخيصية والوقائية الأخرى.

استخدام الخدمات الصحية:

ينطوي البعد الرابع على الاستفادة الفعلية من الخدمات الصحية، ويُستخدم مستوى الاسـتفادة عادةً كقياس بديل لمستوى الطلب، حيث يمكن احتساب معدلات الاستفادة واقعيـاً لأي نوع من الخدمات أو المنتجات الصحية. كما أن هناك المزيد من البيانات المتاحة فيما يتعلق بمعدل اسـتفادة من الخدمات الصحية أكثر مما هو الأمر للأبعاد الأخرى للطلب، ويرجع هذا بالأسـاس إلى أنه يتم تجميع بيانات الاسـتفادة بشـكل روتيني لأهداف إدارية كلما تم تقديم خدمة صحية ما. تشـير معدلات الاستفادة إلى مستوى النشاط داخل نظام الرعاية الصحية، وذلك في مقابل الطلب النظري.

ونظراً لوجود علاقة واضحة بين الطلب والاستفادة، فقد يعمل المحللون أحياناً بعيداً عن معدل الاسـتفادة لفترات سابقة واستخدامها كبديل مستعار في تقدير حجم الطلب. إلا أن الاسـتفادة لا تتسـاوى مع حجم الطلب، كما أنه واعتماداً على الظروف يمكن أن يتعدى مسـتوى الطلب معدلات الاسـتفادة الفعلية أو على النقيـض من ذلك قد تتعدى مستويات الطلب المعقول على الخدمات. فقد يكون هناك على سبيل المثال استفادة أقل مما هو متوقع بسـبب محدودية الوصول إلى الخدمات الصحية. ومن ناحية أخرى، قد تكون هناك بعض الخدمات التي تستعمل بشكل زائد عن الحد لأسباب متعددة (كالتغطية التأمينية أو أنماط ممارسات الأطباء مثلاً) وتكون غير مرتبطة بمستوى الطلب.

العوامل المؤثرة في الطلب:

إن العوامل التي تجتمع للتأثير على مستوى الطلب في الوقت الحالي متعددة وذات تفاعلات معقدة، إذ إن معرفة الخلفية الثقافية وأنماط أسـاليب المعيشـة إلى جانب الترتيبات المالية للسـكان قد تشكل وسـيلة أفضل للتنبؤ بنوع ومستوى الخدمات التي سـيتم استخدامها بالمقارنة بمعرفة المستوي الفعلي لنسبة المراضة الخاصة بالسكان. وفي القسم التالي عرض مفصل لبعض من العوامل التي تؤثر على مستوى الطلب.

الخصائص السكانية:

هناك العديد من الخصائص السكانية التي تؤثر على مستوى الطلب على الخدمات الصحيـة، ويمكن تصنيفها من حيث تأثيرها على الحالة والسـلوك الصحيين. ولكن

ليس من الممكن مناقشة هذا الأمر بالتفصيل في هذا السياق، لذا فسنعرض فيما يلي باختصار الارتباط بين الخصائص السكانية من جهة والحالة والسلوك الصحيين من جهة أخرى. (انظر [2000] Pol and Thomas لمزيد حول العلاقة بين الخصائص الديموغرافية وكل من الحالة والسلوك الصحيين).

قد يعتقد المرء للوهلة الأولى أن حالة السكان من حيث العوامل البيولوجية تلعب دوراً مهماً في السلوك الصحي. وعلى الرغم من أن المشكلات الصحية قد يُنظر إليها على أنها مشكلات بيولوجية في الأساس، إلا أن الارتباط بين نسبة المراضة داخل السكان والاستفادة من الخدمات ليس مباشراً إلى ذلك الحد. ففي حين أن الخصائص البيولوجية قد تُعرض الفرد لمشكلات صحية عدة، فقد تحدد العوامل الأخرى نوع ومقدار الخدمات الصحية المستعملة. ويمكن مقارنة العوامل البيولوجية بالحاجات للرعاية الصحية التي تم شرحها أعلاه والتي قد يتم ترجمتها إلى استفادة أو قد لا يتم ذلك.

تتضمن العوامل النفسية المرتبطة بالطلب على الخدمات الصحية أنماط الشخصية والسمات السلوكية وكذلك الاستجابات العاطفية التي تثيرها المشكلات الصحية. ومن الواضح أن الخوف والغرور والكبرياء لهم تأثير على استخدام الخدمات الصحية. وقد تصبح العلاقة بين هذه العوامل والسلوك الصحي في غاية التعقيد ويمكن رؤيتها في حالة وسواس المرض أو في الحالات التي يدفع فيها الخوف شخصاً ما للسعي وراء الحصول على العلاج ويمنع آخر من زيارة الطبيب. ونجد في بيئة الرعاية الصحية المعاصرة بالولايات المتحدة الأمريكية أن الخوف والكبرياء والغرور يلعب دوراً كبيراً في الطلب على عدد من الأمور الاختيارية (مثل جراحات التجميل واستئصال جزء من المعدة). وبسبب الطبيعة الفردية للسمات النفسية، فمن الصعب ربطها بشكل مباشر مع استخدام الخدمات الصحية. فعلى أية حال هناك قدر محدود من البيانات المفيدة والمتاحة حول الخصائص النفسية والمتاحة للقائمين على التخطيط.

هناك عددٌ من الخصائص الديموغرافية التي تؤثر على معدلات استخدام الخدمات الصحية. وقد يُعتبر السن أفضل الوسائل لتوقع مدى استخدام الخدمات الصحية، كما أن السن لا يتعلق بمستويات استخدام الخدمات فحسب ولكنه يرتبط أيضاً بنوع الخدمات المستعملة والظروف التي يتم تلقي الخدمات فيها. ويعد هذا الأمر صحيحاً سواء كان المؤشر خاصاً بالرعاية الخاصة بالمرضى الداخليين (المنومين) والاختبارات والإجراءات التي تتم وكذلك القياسات الأخرى للاستفادة. وهناك ظروف مختلفة ترتبط بكل فئة عمرية، وهو ما ينتج عنه طلب أنواع مختلفة من الخدمات.

يعد جنس المستهلك عاملاً آخر من عوامل التأثير على معدلات استخدام الخدمات الصحية. فنجد أن السيدات في الولايات المتحدة الأمريكية معنيات بشكل أكبر في نظام الرعاية الصحية مقارنةً بالرجال، كما أنهن أكثر استفادةً من الخدمات الصحية بشكل عام. ولديهن ميل إلى زيارة الأطباء على نحو أكثر تكراراً ويتلقين عدداً أكبر من وصفات الأدوية، وكذلك يستخدمن المنشآت ويتعاملن مع العاملين في هذا المجال بدرجة أكبر. كما أن السيدات أكثر وعياً بالخدمات الصحية المتاحة ولديهن استعداد أكبر للإسراع للمختصين في الصناعة الصحية إذا ما ظهر لديهن أية أعراض.

تؤثر الخصائص العرقية على الطلب على الخدمات الصحية، وذلك مع وجود الفوارق الواضحة بين الأمريكيين من أصول أفريقية والبيض من الأصول غير اللاتينية. كما أن بعض السكان الآسيويين والعديد من المجموعات العرقية تبدي أنماط استفادة مميزة. فبينما يمكن إرجاع الفوارق في الاستفادة إلى الاختلافات في نوع المشكلات الصحية التي تعاني منها هذه التجمعات السكانية فإن العديد من هذه الفوارق تعكس التنوع في أنماط الأساليب المعيشية والتفضيلات الثقافية. كذلك فإن هناك إدراكات وتوقعات مختلفة تجاه نظام الرعاية الصحية بين المجتمعات السكانية ذات الأعراق المتنوعة.

ولا ترتبط الحالة الاجتماعية بمستويات الطلب فحسب ولكن أيضاً بنوع الخدمات المستعملة وظروف تلقيها. وهناك مستويات مختلفة لنسبة المراضة حيث ترتبط بكل فئة من الحالات الاجتماعية، وهو ما ينتج عنه طلبات على مستويات مختلفة وأنواع مختلفة كذلك من الخدمات. وقد يكون لهذه العوامل، إلى جانب الأساليب المعيشية المتعلقة بالحالات الاجتماعية المتنوعة، تأثير على الاستفادة بشكل أكبر من الفوارق الفعلية في نسبة المراضة.

وقد يكون مستوى دخل السكان أحد أفضل وسائل توقع مدى استخدام الخدمات الصحية، إذ إن توزيع المشكلات الصحية داخل السكان يتحدد بشكل كبير من خلال الدخل، فهناك ارتباطٌ بين مستوى الدخل وحجم الخدمات الصحية المستفاد منها، كما أن هناك ارتباطاً بين أنواع الخدمات المستعملة وظروف تلقيها. ويصح هذا الأمر سواء كانت وسيلة التنبؤ تتعلق برعاية المرضى الذين يتلقون العلاج داخل المستشفيات أو أولئك الذين يتلقون العلاج خارجها أو تتعلق بالاختبارات والإجراءات المتبعة أو أي أسلوب آخر لقياس معدلات استخدام الخدمات الصحية.

إن العلاقة بين المستوى التعليمي واستخدام الخدمات الصحية تشبه العلاقة الخاصة بالدخل. فتوزيع المشكلات الصحية داخل السكان يرتبط إلى حد ما بالحالة التعليمية.

كما أن المستوى التعليمي للسكان قد يكون إحدى وسائل التوقع الجيدة لمدى استخدام الخدمات الصحية. يرتبط التعليم بكل من نوع ومستوى استخدام الخدمات الصحية.

هناك علاقة مباشرة وإيجابية نسبياً بين الخصائص المهنية والحرفية للسكان وبين استخدام الخدمات الصحية. إن نوع المهنة، وكذلك الحالة المهنية، قد ارتبط باستخدام الخدمات الصحية، كما أن المستويات المختلفة لنسبة المراضة ترتبط بكل تصنيف حالة مهنية، وهو ما يؤدي إلى الطلب على مستويات وأنواع مختلفة من الخدمات.

إن الارتباطات بين الانتماء الديني ودرجة التدين وبين السلوك الصحي قد تعتبر الأكثر غرابة بين أية ارتباطات ديموغرافية أخرى. فقد خضعت هذه العلاقات لبحوث محدودة مما يجعل من الصعب تبين أنماط واضحة لها. كما أن الانتماء الديني والمشاركة الدينية في الولايات المتحدة تميل إلى أن تكون متعلقة بمتغيرات أخرى كثيرة تجعل من الصعب عزل كل تأثير لهذه المتغيرات كل على حدة. إلا أن هناك ما يثبت أن الحالة الصحية وما يستتبعها من استفادة من الخدمات الصحية يرتبط بقياسات التدين وهو ما يمكن أن يشكل عاملاً مهماً في بعض المجتمعات.

إن عوامل الأساليب المعيشية والعوامل النفسية لها مقتضيات مهمة بالنسبة للرغبات والحاجات والسلوك الصحي. وقد يكون الارتباط بين الميل إلى استخدام الخدمات الصحية وخصائص الأساليب المعيشية أكبر بكثير من الارتباط مع المتغيرات الأخرى. ويمكن ربط مجموعة محددة من السلوكيات الصحية بكل تصنيف للأسلوب المعيشي، وهو ما يجعل منه وسيلة تنبؤ للسلوك الصحي. لذا نجد أن الأساليب المعيشية تطغى إلى حد ما على الفوارق المستندة إلى الخصائص الديموغرافية.

العوامل التكنولوجية:

هناك تأثيرٌ كبير لتكنولوجيا الرعاية الصحية المتوافرة للمجتمع على استهلاك الخدمات الصحية، فالخدمات التي يمكن إتاحتها هي نتاج التكنولوجيا التي يمكن للنظام الوصول إليها. ونجد في الولايات المتحدة أن التقدم التكنولوجي خلال السنوات القليلة الماضية أدى إلى جعل العديد من الإجراءات التي كانت تعتبر أموراً مستحيلةً في الماضي أشياء روتينية، كما لعب دوراً رئيساً في تغيير مكان وبيئة تلقي الرعاية الصحية. لذا فقد تحولت العمليات الجراحية خلال آخر عقدين من القرن العشرين من كونها تتم في الغالب للمرضى المنومين بالمستشفيات إلى كونها تتم دون الحاجة إلى البقاء بالمستشفيات.

إن التقدم التكنولوجي عادةً ما يؤدي إلى مستويات أعلى من الاستفادة من الخدمات التي تدعمها مثل هذه التقنيات الحديثة. وبالفعل فإن هناك بعض العمليات الجراحية مثل عمليات الليزر للعيون ما كانت لتتم لولا وجود مثل هذا التقدم التكنولوجي. ولهذا فـإن إتاحة أنواع محددة مـن التكنولوجيا يُعد عاملاً فعالاً فيما يتعلق بالخدمات التي يمكن القيام بها.

كما أن التقدم التكنولوجي أدى إلى حدوث تغيرات كبيرة في ممارسـة الطب وفي أنماط اسـتخدام الخدمات الصحية، فقد سـهل التقدم التكنولوجي حدوث تغييرات كبرى في أساليب الجراحة، كما يسرت ظهور الرعاية الصحية المنزلية كمكون رئيسي للصناعـة الصحية. وقد أدى الوقت القصير المتطلب للشـفاء والنقاهة والذي أمكن تحقيقه حالياً مع وجود أسـاليب تتضمن تدخلاً جراحياً أكثر دقةً إلى تقليل متوسـط مدة الإقامة في المستشفيات وتعزيز النمو في مجال الرعاية الصحية المنزلية.

كما أن تأثير التكنولوجيا أصبح أمراً ملموسـاً في مجال الفحوصات التشخيصية خلال السنوات القليلة الماضية، فقد ازداد تنوع الفحوصات التي يمكن القيام بها بشكل كبير، بما في ذلك التوسع في استخدام إجراءات الفحوصات المنزلية.

العوامل البنيوية:

هناك اعتبار أخير في فحص الطلب ويشـتمل على العوامل البنيوية التي تشجع أو تثبط اسـتخدام الخدمات الصحية. ومن أهم تلك العوامل الترتيبات المالية المطلوبة عند سداد تكاليف الرعاية. ومن بين مؤشرات المستوى المتوقع للطلب نجد نمط ومدى تغطيـة التأمين الصحي للأفـراد والعائلات، إذ تُعتبر إتاحـة التأمين الصحي إحدى أفضل وسـائل التنبؤ بالطلب علـى الخدمات. فعندما تقوم شـركات التأمين بإلزام المؤمـن عليهم بدفع جزء من قيمة الخدمة عنـد تلقيها أو تقوم بزيادة المبالغ المقتطعة في خططها التأمينية فإن اسـتخدام الخدمات الصحية ينخفض تبعاً لذلك. وعندما تكون الخدمات المقدمة معطاة بالتأمين، فإن استخدامها يميل إلى الزيادة.

بالإضافـة إلى ذلك، فهناك تأثيرٌ لتغيير الترتيبات الخاصة بالتعويضات على أنماط الممارسـة. حيث تواجه المستشـفيات قيوداً على الخدمات التي يمكن أن تقدمها والتي تضعهـا خطط التأمـين الصحي التي تهدف إلى الحد من المطالبـات، كما يدفع تغيير أنماط التعويضات والضغوط التنظيمية الأطباء إلى تغيير أنماط الممارسة الخاصة بهم كذلك. وفي الحقيقة يشـير البعض إلى أن التأثير الذي أحدثته التغييرات التي طرأت

على نظام التعويض ببرنامج الرعاية الطبية «ميديكير» خلال الخمس عشرة سنة الماضية على أنماط الممارسة الخاصة بمؤسسات الرعاية الصحية بالولايات المتحدة أكبر من إجمالي التأثيرات الخاصة بالتطورات التكنولوجية خلال الفترة الزمنية نفسها.

وكان لظهور الرعاية المدارة كبنية تنظيمية مهيمنة بمجال الرعاية الصحية أثرٌ على أنماط الاستفادة. ففي الواقع، يركز مفهوم الرعاية المدارة على قدرة الخطط الصحية على التحكم في الاستفادة من الخدمات من جانب الأشخاص المسجلين في هذه الخطط. فعلى سبيل المثال، تشجع الخطط الصحية أعضاءها بشكل متزايد على الحصول على خدمات معينة، في حين أنها تثنيهم في الوقت نفسه عن الحصول على خدمات أخرى. وتتجه عدة خطط صحية في الوقت الحالي إلى مفهوم «إدارة الطلب» وفيه تحاول التحكم في الاستفادة من الخدمات بشكل مسبق عن طريق إدارة مستوى الطلب بين الأشخاص المسجلين.

ويتعلق الاعتبار البنيوي الثاني بتواجد الخدمات في صورة منشآت وعاملين. فقبل وضع الإجراءات اللازمة للحد من التكاليف مؤخراً، كان من الواضح أن مستوى استخدام الخدمات الصحية كان إلى حد كبير محصلة تواجد المنشآت والمتخصصين. وكان اللافت للنظر أنه إذا قام المجتمع ببناء مستشفى جديد أو تعيين أطباء إضافيين ازداد وبشكل مفاجئ الطلب على الرعاية التي تقدمها المستشفى أو الخدمات التي يتيحها الأطباء. وهناك مواقف يمكن ملاحظتها لا يتم فيها تلبية الطلب على الخدمات للافتقار إلى المنشآت أو العاملين. وفي مواقف أخرى وعندما يكون هنالك زيادة في العرض من المنشآت أو العاملين أو منهما معاً، وهو ما قد يؤدي إلى الاستفادة الزائدة عن الحد من الخدمات الصحية أي أن الاستفادة تصل إلى مستوىً يفوق الطلب المعقول.

وطالما ظل هناك سوء توزيع للمنشآت الصحية وأطقم العمل بالولايات المتحدة فستتواجد مشكلات مزمنة فيما يتعلق بإمكانية الوصول للخدمات الصحية. وحتى في المناطق الحضرية التي يتوافر فيها القدر الكافي من الموارد المجتمعية، فقد لا يمكن لكافة القطاعات السكانية الوصول إلى بعض من تلك الموارد فعلياً. وإلى أن يتم إلغاء إمكانية الوصول كمتغير فستواصل تأثيرها على مستوى استخدام الخدمات الصحية.

لقد أظهرت البحوث التي أجريت على مدار العقدين الماضيين تنوعاً مذهلاً في أنماط الممارسة الخاصة بالأطباء وكذلك الخاصة بالمستشفيات ولكن بدرجة أقل. وحيث إن الطب لا يعتبر علماً محدداً، فإنه ينطوي على تقديرات اجتهادية للقيمة من جانب الأطباء والممارسين الآخرين. ففي حين أن هناك اختلافات فردية بين الأطباء

داخل نفس سوق العمل من حيث كمية وأنواع الخدمات المقدمة لمرضى متشابهين، فهناك أيضاً تنويعات أكثر إدهاشاً من سوق لآخر (The Center for Evaluative Clinical Sciences 1999). وتؤثر أنماط الممارسة المحلية بشكل كبير على مستوى الاستفادة من الخدمات محدثة بذلك فروقاً متعددة بين الأسواق في بعض الحالات. (انظر مربع ٤-١ لشرح أطلس دارتماوث للرعاية الصحية والذي يوضح التنوع في أنماط الممارسات في أرجاء البلاد).

مربع ٤-١

أطلس دارتماوث للرعاية الصحية The Dartmouth Atlas of Healthcare

لطالما واجه تحليل مناطق خدمات الرعاية الصحية معوقات تمثلت في الافتقار إلى البيانات الخاصة بالمناطق التي تقدم فيها الرعاية الطبية والمحددة بشكلٍ واقعي. إن تطوير حدود دقيقة لنطاقات السوق كان يتطلب في العادة أبحاثاً رئيسيةً مطولة، كما أن هذه العملية كان من الممكن أن تكون مرهقة جداً وتستغرق وقتاً طويلاً إذا كان هناك أكثر من سوق. بالإضافة إلى ذلك، فإن المخططين لم يُتَحْ لهم في العادة إمكانية الوصول إلى البيانات اللازمة لتخطيط الحدود الملائمة لمناطق الخدمة.

يستطيع المخططون الاستفادة من الأعمال التي قامت بها كلية الطب بجامعة دارتماوث Dartmouth University Medical School بتمويل من مؤسسة روبرت وود جونسون Robert Wood Johnson Foundation. وقام الباحثون في مركز العلوم الإكلينيكية التقييمية Center for Evaluative Clinical Sciences باستخدام بيانات استخدام برنامج الرعاية الطبية Medicare وذلك في تقسيم الولايات المتحدة إلى مناطق محددة بشكل واضح من حيث تقديم خدمات المستشفيات. نجد أنه في إصدار عام ١٩٩٩ (وهو أحدث إصدار) تم استخدام بيانات الرعاية الطبية لعام ١٩٩٦ في ٣٠٦ منطقة إحالة للمستشفيات و ٣٤٣٦ منطقة خدمة مستشفيات. تم إصدار النتائج الخاصة بهذا المشروع في أطلس دارتماوث للرعاية الصحية في الولايات المتحدة The Dartmouth Atlas of Healthcare in the United States، كما تمت إتاحته على موقع الإنترنت www.dartmouthatlas.org.

يعد المنشور الأساسي بمثابة أول مرجع يتاح على نطاق واسع ويختص بتفصيل ومقارنة الفوارق الكبيرة في مصادر الرعاية الصحية واستخدامها بالإضافة إلى مستوى الإنفاق على المستويات المحلية والإقليمية وكذلك على مستوى سوق المستشفيات المحلية في أرجاء الدولة. كما تمت إضافة ملحقات إقليمية إلى

المنتجات المخصصة لبعض الولايات. أيضاً تم البدء في تقديم تقارير حول الأمراض المصنفة (كما في دراسات القلب).

وعلى النقيض من الطرق التقليدية لتخطيط مناطق الخدمة والتي تتبع الحدود السياسية، قامت دراسة دارتماوث بفحص أنماط الإحالة على مستوى دون مستوى المقاطعة وذلك بهدف إنشاء مناطق خدمات أكثر واقعية. كما يوفر أطلس دارتماوث عدة تحليلات لوضع نظام تقديم الرعاية الصحية، وتحديداً الفوارق الكبيرة بين المجتمعات في معدل استخدام الخدمات الصحية. وقد استنتج المؤلفون أن الجغرافية تعتبر بمثابة قَدَر عندما يتعلق الأمر باستخدام الخدمات الصحية.

يمكن للمحلل من خلال الأطلس أن يركز على منطقة الخدمة في مستشفيات محددة بعناية وأن يصل إلى مجموعة منوعة وعريضة من الإحصائيات الخاصة بمنطقة الخدمة تلك. كما يستطيع المحلل أن يقارن بين عدد من مناطق الخدمة في أرجاء مختلفة من الدولة على أساس خصائص معينة. وتتاح المعلومات على مستوى مناطق الخدمة حول إيرادات المستشفيات والنفقات وكذلك توزيع الأطباء ومعدلات الأداء.

المرجع:

- Center for Evaluative Clinical Sciences (1999). The Dartmouth Atlas of Health Care. Hanover, NH: Center for Evaluative Clinical Sciences.

مرونة الطلب على الخدمات الصحية:

يعكس المستوى المسجل للاستفادة من الخدمات الصحية الدمج بين كل من الاحتياجات والرغبات والمعايير الموصى بها الخاصة بالسكان، وكذلك تأثير العوامل البنيوية المذكورة أعلاه. وفي حين أن كل فئة من فئات «الطلب» تمثل نوعاً مختلفاً من التحدي لواضعي خطط الخدمات الصحية، فإن التحدي الحقيقي يتمثل في القدرة على تحديد ماهية الدمج بين هذه العوامل التي تتعلق بموقف معين. من الواضح إذاً أن تحديد الطلب يمثل عملية متعددة الأوجه وتنطوي على عدد من الأبعاد المختلفة. وفي حين أنه قد يكون من المناسب، وذلك حسب الموقف، أن يتم استخدام إما الحاجة أو الرغبة أو المعايير الموصى بها أو استخدام الخدمات كدليل على الطلب، فيتعين تطوير نوع من المفهوم الممزوج (blended concept) والذي يحدد الطلب الفعال بشكل أكثر دقة.

هناك حقيقة تفاجئ الكثيرين وهي أن الطلب على معظم الخدمات الصحية مرن نسبياً. فعلى الرغم من أن خبراء الاقتصاد قد اعتبروا في الماضي أن الرعاية الطبية

بمثابة الخدمة التي يوصف الطلب عليها بعدم المرونة، إلا أن ذلك المنظور لم يعد له وجود. وكان الافتراض أنه إذا مرض شخصٌ ما، فإنه سيستهلك خدمات صحية، وأن الشخص إذا حصل على خدمات صحية فمن المؤكد أنه مريض. وينطبق هذا الافتراض فقط على مواقف نادرة تتعرض فيها حياة الشخص للخطر ويتم تلقي العلاج بشكل ثابت بغض النظر عن أية خصائص أخرى للمريض أو لنظام الرعاية الصحية. هذا ولكل حالة يتطلب جهود لإنقاذ حياة شخص ما، فهناك آلاف من مواقف استهلاك الرعاية الصحية وفي العديد منها يوجد أشخاص ليسوا مرضى من الناحية الفنية. وعلى ذلك فإن المستوى النهائي للخدمات الصحية المستعملة يصعد ويهبط استجابة لمدى واسع من العوامل.

قياس مدى استخدام الخدمات الصحية:

سنناقش في القسم التالي المؤشرات التي يشيع استخدامها في قياس استخدام الخدمات الصحية، وسنتناول كلاً من المؤشرات الأساسية للاستفادة بالتوالي وذلك على الرغم من أنه لا يمكن مناقشة الجوانب المتنوعة لهذه المؤشرات بالتفصيل في المساحة الضيقة المتاحة هنا. كما أنه ليس كل المؤشرات الممكنة تم إدراجها. (انظر مربع ٤-٢ لإلقاء نظرة عامة على أنظمة الترميز المستخدمة في قياس الاستفادة).

إن عدد المرضى الذين أدخلوا المستشفى لتلقي العلاج يُعدُّ أحد المؤشرات الأكثر استخداماً للاستفادة من الخدمات الصحية، وذلك لأن المستشفى يمثل النقطة المحورية لتلقي العلاج داخل النظام. يُستعمل مصطلحا «عدد المرضى الذين أدخلوا المستشفى Admissions» و«عدد المرضى الذين تم إخراجهم من المستشفى Discharges» ويستخدمان في الإشارة إلى حلقات من استخدام خدمات الرعاية بالمستشفى. ويمثل معدل دخول المرضى إلى المستشفى كمؤشر بديل لعدة مؤشرات أخرى، وذلك لأن مرات الدخول هذه ترتبط بالاختبارات التي يتم إجراؤها والعمليات الجراحية التي تتم بالإضافة إلى تخصيص الموارد الأخرى. ولتميز الرعاية بالمستشفى بكثافة العمال وكثافة رأس المال، فإن قبول مريض واحد للعلاج داخل المستشفى له وزنٌ كبيرٌ من حيث أهميته في نفقات الرعاية الصحية. ويمكن قياس مرات الدخول للمجتمع بأكمله أو لمنشأة معينة كما يمكن تجزئتها إلى مكونات بهدف الاستفادة. وقد ينطوي هذا على احتساب معدلات الدخول من حيث التخصص السريري، أو السمة الديموغرافية أو الأصل الجغرافي أو الفئة التي تدفع الفاتورة، إلخ.

مربع ٤-٢

أنظمة الترميز في الرعاية الصحية

مـــن المتوقع أن يواجه مخطط الخدمـــات الصحية قدراً كبيراً من مخططات ترميز متنوعـــة يتم اســـتخدامها في نظام الرعايـــة الصحية بالولايات المتحدة. ولســـوء الحظ، فهناك عدد من الأنظمة المختلفة يتم استخدامها، ومن المستحيل فهم كيفية عمـــل النظام دون معرفة عملية للطريقة التي يتم بها تصنيف الحالات والإجراءات وتســـجيلها. وســـنصف فيما يلي باختصار أنظمة التصنيف الشائعة الاستخدام، إلا أن مـــا نقدمـــه من معلومات هنا ليس كافياً لفهم هـــذه الأنظمة المتنوعة ويتعين الحصول على مزيد من المعلومات.

التصنيف الدولي للأمراض:

يعتبـــر التصنيف الدولي للأمـــراض International Classification of Diseases أكثر أنظمة تصنيف الأمراض انتشـــاراً واســـتخداماً، وهو الآن في إصداره العاشر (ويشار إليه باختصار ICD-10). إن نظام التصنيف الدولي للأمراض هو مخطط التصنيف الرســـمي الذي قامت بتطويره منظمة الصحـــة العالمية World Health Organization (WHO) داخل الأمم المتحدة. وتســـتخدم الولايات المتحدة نسخة من نظام التصنيف الدولي للأمراض وتحتوي على التعديلات الضرورية للممارسات الطبية بالمستشفات الأمريكية. أما الإصدار التاسع من التصنيف الدولي للأمراض ICD-9 فيعاني من البطء وتم استبداله في الولايات المتحدة بالإصدار العاشر.

لقد تم تصميم نظام التصنيف الدولي للأمراض بهدف تصنيف المعلومات الخاصة بالأمراض والوفيات وكذلك بهدف فهرســـة الأمـــراض والإجراءات التي تتم داخل منشآت المستشفى وغيرها من مؤسسات الرعاية الصحية. ويحتوي نظام التصنيف الحالـــي على مكونـــين اثنين: التشـــخيصات والإجراءات. ولذلـــك فقد تم تعيين مجموعتـــين مختلفتين من الرموز لكل من المكونين كل على حدة وتم وضع تفاصيل كافية للرمـــوز بحيث يتم عمل فوارق ضئيلة للغاية بين التشـــخيصات والإجراءات المختلفة. (هناك نظامٌ آخر يُستخدم في تسجيل الإجراءات داخل عيادات الأطباء والمنشآت الأخرى الخاصة بالمرضى الخارجيين).

تم تصميم نظام التصنيف الدولي للأمراض في بداية الأمر بهدف تيسير التواصل حـــول الأمراض في أرجـــاء العالم، وذلك بهدف وضع أســـاس لعمليـــة الاحتفاظ

بالسجلات الإحصائية ولدراسات علم الأوبئة إلى جانب تيسير البحوث حول جودة الرعاية الصحية. إلا أنه قد نشأت وظائف إضافية يُستخدم فيها النظام كمخطط ترميز وذلك لتيسير السداد مقابل الخدمات الصحية، وتقييم أنماط الاستفادة، ودراسة ملاءمة تكاليف الرعاية الصحية. وفي حين أن أخصائي علم الأوبئة قد يجد أن هذا النظام وسيلة لا تُقدر بثمن يمكن استخدامها في دراسة توزيع الأمراض وانتشارها، إلا أن الاستخدام الأساسي لهذا النظام داخل نظام الرعاية الصحية بالولايات المتحدة أصبح يتعلق بالإدارة المالية (كنظام ترميز لفواتير المرضى).

وتتشكل قائمة تصنيف الأمراض من ١٧ فئة للأمراض والإصابات، بالإضافة إلى تصنيفين «ملحقين»، وفي داخل كل منها يتم إدراج الحالات الرئيسية والمحددة بالتفصيل. ويتم كذلك تخصيص رقم مكون من ثلاث خانات للأقسام الفرعية المهمة والمتنوعة داخل كل من الفئات السبع عشرة. يُضاف إلى هذه الأرقام المكونة من ثلاث خانات خانة أخرى للإشارة إلى فئة فرعية داخل الفئة الأشمل (بهدف إضافة تفاصيل سريرية أو فصل المصطلحات لضمان الدقة). وتُضاف خانة خامسة في بعض الأحيان لتحديد أية عوامل أخرى تتعلق بالتشخيص. فعلى سبيل المثال، فيما يخص مرض هوجكن بالإصدار التاسع من التصنيف الدولي للأمراض يُرمز بالرقم ٢٠١ لأي شكل ورم أو سرطان. كما أن هناك نوع معين من مرض هوجكن، وهو سرقوم هوجكن Sarcoma Hodgkin (ورم خبيث أو سرطان ينشأ في النسيج الضام) ويُرمز له بالرقم ٢٠١,٢. أما إذا أثر مرض سرقوم هوجكن في الغدد الليمفاوية بالرقبة فيُرمز له بالرقم ٢٠١,٢١.

إن هذه التصنيفات التكميلية لهي إقرارٌ بأن العديد من العوامل غير الطبية مرتبطة ببداية المرض والاستجابة له واستخدام الخدمات. وتحاول هذه الفئات الإضافية تحديد أسباب الأمراض أو الإصابات التي تكون خارج نظام الفيزياء الحيوية.

قُدمت الفئات الخاصة بالإجراءات لأول مرة في الإصدار التاسع من التصنيف الدولي للأمراض، وينقسم الإجراء إلى ١٦ فئة، ويوجد منها ١٥ مرتبطة بأجهزة معينة بالجسم (مثل الجهاز العصبي والجهاز الهضمي)، في حين أن الفئة السادسة عشرة تتضمن الإجراءات التشخيصية والإجراءات العلاجية المتبقية. ويُستخدام مخطط بخانتين ويُجرى فيه عمل ترميز لموضعين عشريين عند الضرورة لإعطاء المزيد من التفاصيل. لقد كان الهدف من تصميم هذا النظام هو إتاحة الاستخدام لكل من مرافق المستشفيات ومرافق رعاية المرضى الخارجيين.

هناك أيضاً نظام تصنيف الإجراءات، وهو شديد الشبه بمخطط ترميز الأمراض، ويُستخدم بشكل مكثف في الإدارة المالية وتحديد أنماط الاستفادة، وذلك على الرغم من الإبقاء على استخدامه في دراسات علم الأوبئة.

المصطلحات الإجرائية الحالية:

في حين أن نظام التصنيف المعمول به في النظام الدولي لتصنيف الأمراض يركز على الإجراءات التي تتم تحت رعاية مستشفى أو عيادة، فإن نظام المصطلحات الإجرائية الحالية Current Procedural Terminology (CPT) يتصل بشكل حصري بالإجراءات والخدمات التي يقوم بها الأطباء. وتنقسم الإجراءات والخدمات التي يقدمها الأطباء إلى خمس فئات: العلاج بالأدوية وعلم التخدير والجراحة وعلم الأمراض والخدمات المعملية. وفي الإصدار الرابع من المصطلحات الإجرائية الحالية CPT-4 يحدد النظام كل إجراء وخدمة مستخدماً رقم كودي مكون من خمس خانات. وتحاول هذه الطريقة أن تسهل عمليو التوصل إلى ترميز دقيق ومحدد ومتسق لعيادات الأطباء.

ومن أمثلة الإجراءات المرمزة العمليات الجراحية ومرات زيارة العيادات وقراءات أشعة إكس. ويتم تحديد أداة التوصيف الأكثر دقة من كتاب إرشادات المصطلحات الإجرائية الحالية، ويتم تعيين هذا الرمز. وبالإضافة إلى رمز التحديد، يسمح الرقم المكون من خمس خانات بإضافة المعدلات. وقد تشير المعدلات إلى الاتجاهات التي قدمت فيه خدمة ملحقة، كما يحتوي الدليل أيضاً على بعض المعلومات المفيدة حول التعريفات المقبولة لمستويات الرعاية. يتم كذلك وضع قائمة بما يقرب من ٧٠٠٠ متغير للإجراءات والخدمات.

وقد تم تطوير مجموعة أخرى من الرموز لتكمل رموز نظام المصطلحات الإجرائية الحالية. فقد تم تطوير نظام ترميز الإجراءات الشائعة Common Procedure Coding System (HCPCS) من جانب إدارة تمويل الرعاية الصحية Health Care Financing Administration وذلك قبل أن يتغير اسمها إلى مراكز الرعاية الطبية والخدمات الطبية Centers for Medicare and Medicaid Services. وينطوي نظام ترميز الإجراءات الشائعة على وضع قائمة بالخدمات التي يقدمها أطباء وجهات أخرى لا يوجد لها تغطية في مخطط ترميز نظام المصطلحات الإجرائية الحالية، ومن أمثلة ذلك بعض الخدمات التي يقدمها الأطباء وكذلك

الخدمات التي يقدمها غير الأطباء مثل الإسعاف والعلاج الطبيعي والمعدات الطبية المعمرة.

المجموعات المرتبطة بالتشخيص:

أدى ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية خلال ثمانينيات القرن الماضي إلى بدء حقبة من الحد من التكاليف. كما بدأت جهود لتخفيض نفقات الرعاية الصحية وكانت في المقام الأول من جانب الحكومة الفيدرالية كرد فعل للمتطلبات المالية التي تحملها برنامج الرعاية الطبية «ميديكير» وكذلك برنامج المساعدة الطبية «ميديكيد» إلى جانب مبادرات الرعاية الصحية الأخرى التي دعمتها الحكومة الفيدرالية. وتتمثل أهم خطوة في هذا الصدد في وضع نظام الدفع المحدد مسبقاً كأساس للتعويض عن الخدمات الصحية ببرنامج الرعاية الطبية. ويتم إبلاغ المستشفيات والأطباء والجهات الأخرى التي تقدم خدمات الرعاية الطبية في بداية الفترة المحاسبية المالية بمقدار ما ستقوم الحكومة الفيدرالية بدفعه مقابل الخدمات المقدمة للمرضى داخل المستشفيات وذلك لفئة معينة من المرضى.

يقيد نظام الدفع المحدد مسبقاً prospective payment system (PPS) التعويض للخدمات المقدمة إلى كل فئة من المرضى استناداً إلى المعدلات التي تحددها مراكز الرعاية الطبية والمساعدة الطبية وهي المؤسسة الفيدرالية التي تدير برنامج الرعاية الطبية ميديكير وميديكيد.

تعد المجموعة المرتبطة بالتشخيص diagnosis related group (DRG) بمثابة الأساس للدفع المحدد مسبقاً. وقد استخدم مركز الرعاية الطبية والصحية التشخيص المبدئي للمريض كنقطة البداية في تطوير آلية لتجميع كافة مرضى المستشفيات إلى ما يزيد عن ٥٠٠ مجموعة مرتبطة بالتشخيص، وكانت تهدف من وراء ذلك إلى ربط الدفع باستهلاك الموارد، وذلك على افتراض أنه يجب أن يكون تشخيص المريض أفضل أداة تنبؤ للاستفادة من الموراد. ويتم تعديل التشخيص الأولي باستخدام هذه العوامل مثل التشخيصات الأخرى، وكذلك وجود المضاعفات، وسن المريض، والطول المعتاد لفترة البقاء في المستشفى وذلك بهدف استخلاص ما يزيد على ٥٠٠ فئة تشخيص.

تمثل المجموعات المرتبطة بالتشخيص فارقاً في غاية الدقة بين الحالات، وذلك لعدة أهداف منها رفع التقارير العامة والتحليل الإحصائي والتخطيط.

ولهــذه الأهداف العامة تم تجميــع المجموعات المرتبطة بالتشــخيص في ٢٣ فئة تشــخيصية رئيســية major diagnostic categories (MDCs)، والتي تستند في الأساس إلى أنظمة بدنية مختلفة.

ويتم تقسيم المجموعات المرتبطة بالتشخيص إلى فئات إما طبية أو جراحية. وعند حســاب التعويض للخدمات، يتم إعطاء وزن لكل مجموعة مرتبطة بالتشــخيص. ويعد هذا الوزن بمثابة العامل الرئيسي في الصيغة المعقدة لتحديد معدل التعويض لكل مستشفى تشارك في برنامج الرعاية الطبية.

وعلى الرغم من أن نظام المجموعات المرتبطة بالتشخيص قد طُرح للاستخدام في برامج الرعاية الصحية الفيدرالية، فقد تم تطبيقه سريعاً في خطط صحية أخرى كأساس للتعويض. وقد أصبح هذا النظام يمثل نظام التصنيف المعياري المستخدم للمرضى المنومين بالمستشــفيات بالولايات المتحدة وتم تطبيقه أيضاً في دول أخرى حول العالم.

تصنيف الدفع للمرضى الخارجيين:

وكما أن نظام الدفع المســبق المستند إلى المجموعات التشخيصية تم تنفيذه للتحكم في تكاليف الرعاية المقدمــة للمريض الداخلي لنظام ميديكير فإن قدراً كبيراً من العلاج الطبي قد تحول للمرضى الخارجيين. ومن ثم فقد تم التخلص من الأموال التــي كان ينفقهــا برنامج ميديكير على المرضى الداخليــين من خلال زيادة معدل الإنفــاق على خدمات المرضى الخارجيــين. وقد دفع هذا الوضع إلى تطوير نظام شــبيه بنظام المجموعات التشــخيصية في بيئة المرضى الخارجين والمشــار إليه بتصنيفات الدفع للمرضى الخارجيــين Ambulatory Payment Classification (APC).

وكما هو الأمر في المجموعات المرتبطة بالتشخيص، فإن تصنيفات الدفع للمرضى الخارجيين تركز على عنصر المنشــأة في تكاليف الرعاية الصحية وليس على أجر الطبيــب، إذ المقصود من وراء مراكز الرعايــة الطبية والخدمات الطبية يتمثل في احتواء نفقات منشــأة علاج المرضى خارج المستشــفى، إلى جانب استحداث بعض وسائل التحكم في استخدام خدمات العلاج خارج المستشفى وإيجاد نظام مستقبلي يشــبه في عمله المجموعات المرتبطة بالتشــخيص. إن الأســاس للأجر هو زيارة المريــض للطبيب وليس السلســلة بأكملها كما هو الأمر فــي المجموعات المرتبطة

بالتشخيص. وقد تم تطوير ترميز محدد لتصنيف الدفع للمرضى الخارجيين ولا يزال استخدام ترميزات المصطلحات الإجرائية الحالية قائماً بهدف تصنيف الإجراءات والخدمات الإضافية. وقد تم استحداث تصنيف الدفع للمرضى الخارجيين في أغسطس من عام ٢٠٠٠ ويتم الآن استخدامه على نطاق واسع في المنشآت الخاصة بالعلاج خارج المستشفى.

الدليل التشخيصي والإحصائي:

هناك مرجع دقيق لتصنيف الاضطرابات العقلية وهو الدليل التشخيصي والإحصائي Diagnostic and Statistical Manual (النسخة الرابعة) ويشار إليه بالاسم المختصر DSM-IV وقد نشرته جمعية الطب النفسي الأمريكي. لقد ظل هذا الدليل بمثابة الكلمة الأخيرة في تصنيف الأمراض العقلية، وذلك على الرغم من النقد الطويل لمخطط التصنيف، حيث يُتهم الدليل بأنه مضن لاشتماله على ١٧ فئة رئيسية للمرض العقلي وما يزيد على ٤٥٠ حالة عقلية تم تحديدها.

لقد استُمد نظام تصنيف الدليل التشخيصي والإحصائي جزئياً من نظام التصنيف الدولي للأمراض والذي نوقش فيما قبل. لذا فمن الضروري الهيكلة بنفس الطريقة وذلك باستخدام رمز مكون من خمس خانات. توضح الخانة الرابعة تنوع الاضطراب المحدد محل المناقشة وتشير الخانة الخامسة إلى أي اعتبار خاص متعلق بالحالة. وتتنوع طبيعة معدل الخانة الخامسة اعتماداً على الاضطراب الجاري اعتباره. وعلى العكس من أنظمة التصنيف الأخرى والتي تمت مناقشتها، فإن نظام الدليل التشخيصي والإحصائي يحتوي على توصيفات مفصلة للاضطرابات المصنفة بها وتعمل كمرجع مفيد في هذا الصدد.

يشير مصطلح الأيام المرضية patient days إلى عدد الأيام التي يقضيها في المستشفى عدد معين من السكان ويتم احتسابها من حيث عدد الأيام المرضية لكل ١٠٠٠ مقيم. ويقوم هذا المؤشر بتنقية مؤشر إدخالات المستشفى كمؤشر عن طريق إظهار الاستفادة الإجمالية للموارد، حيث إن قياس الأيام المرضية يعمل على تعديل الاختلافات في طول فترة البقاء بالمستشفى للحالات المتنوعة. وكما هو الأمر في معدلات دخول المرضى، يمكن احتساب الأيام المرضية من حيث التشخيص أو نوع المستشفى أو أصل المريض أو نوع فئة دافع الفاتورة. وفي حقيقة الأمر أن التغيرات في إجراءات السداد قد جعلت من اليوم المرضي وحدةً معيارية لقياس معدل استعمال الموارد بشكل يفوق الدخول الفعلي للمستشفى.

هناك مؤشـر آخر يتم اسـتخدامه في قيـاس مدة المعالجة في المستشـفى وهو متوسـط طول مدة الإقامة، ويتم التعبير عنه عادةً على شـكل متوسطٍ عدد أيام مكث المريض بالمنشأة خلال فترة زمنية معينة. يتيح هذا المؤشر قياساً جيداً لمدى الاستفادة مـن الموارد. وفي الحقيقة، تقوم عدة خطط رعايـة صحية من بينها الرعاية الطبية ميديكير بالسداد للمستشفيات على أساس المعدل اليومي.

هناك أيضاً عدة مؤشرات أخرى يمكن ذكرها. وفي حين أنها ليست جميعها على نفس القدر من الأهمية كمؤشـر لدخول المرضى للمستشـفى، فـكلٌ منها له أهميته في حد ذاته. ويمكن احتسـاب معدلات الاسـتفادة لـدور التمريض وغرف الطوارئ بالمستشـفيات وكذلـك إدارات العيادات الخارجيـة بالمستشـفيات ومراكز الطوارئ المسـتقلة والمراكز الطبية المسـتقلة للحالات الأقل خطورة، ومراكز الجراحة المستقلة، ومراكز التشخيص المستقلة، وغيرها.

قد يكون من أكثر المؤشـرات نفعاً في الاستفادة الخدمات الصحية هو عدد مرات مقابلة الأطباء. ويتم قياس ذلك عادةً من حيث عدد مرات زيارة عيادة الطبيب، وذلك علـى الرغم من وجود الاتصالات الهاتفية للأطبـاء وكذلك الزيارات التي يقومون بها للمرضى الذين يتلقون العلاج بالمستشـفيات. ويعد الطبيـب بمثابة «حارس البوابة» لمعظم أنواع الخدمات الصحية، كما أن الاسـتفادة من خدمات الأطباء تعد أداة قياس أكثر مباشـرةً لمسـتويات الاسـتفادة مقارنة بدخول المرضى للمستشـفيات، حيث إن الجميـع يسـتفيدون من خدمات الطبيب فـي وقت من الأوقات. ويتم عادةً تقسـيم معدلات الاسـتفادة من خدمات الطبيب من حيث التخصص، إذ إن الاسـتفادة تتنوع بشكل كبير وفقاً للتخصص.

هناك أنواع أخرى من العاملين والذين يمكن احتسـاب معدلات استخدام خدماتهم الصحيـة. وغالبية هؤلاء، مثل الأطباء وأطباء الأسـنان، يعملون بوصفهم ممارسـين مسـتقلين، دون إشـراف من الجهـات الطبية الأخـرى. ومن أمثلة ذلـك أخصائيو البصريات وأخصائيو معالجة القدم وممارسـو التمريض ومسـاعدو الأطباء، وكذلك استشـاريو ومعالجو الصحة العقلية. وهنـاك أطقم عمل في مجال الرعاية الصحية لا يمكنهم العمل بشـكل مستقل ولكن يمكن احتساب معدلات الاستفادة من خدماتهم، مثـل أخصائي التمريض المنزلي والأخصائيين الفنيين. وهناك أيضاً أخصائي العلاج الطبيعي وأخصائي مشـكلات النطق وهم يمثلون تصنيفـات أخرى لأطقم العمل في مجـال الرعاية الصحية والذين يمكن تطوير معدلات الاسـتفادة منهم إذا كان المحلل مشترك في التخطيط لإعادة تأهيل الخدمات.

وكما أن أهمية الرعاية الصحية المنزلية قد ازدادت في السنوات الأخيرة، فقد ازدادت كذلك أهمية زيارات الرعاية الصحية المنزلية. كما اتسع نطاق الخدمات المقدمة وازداد عدد المرضى الذي يُعتبرون في حاجة للرعاية المنزلية. يتم في العادة قياس مدى استخدام الرعاية المنزلية من حيث عدد زيارات الأخصائيين. ولهذا فقد يتم اعتبار أن سكاناً ما لديهم عدد معين من زيارات الرعاية المنزلية أو زيارات أخصائي العلاج الطبيعي كمؤشرات على الاستفادة. وفي المقابل يمكن احتساب عدد الإقامات (لكل ١٠٠٠ نسمة) لتلقي الرعاية المنزلية.

هناك مؤشر آخر لمعدل الحصول على الخدمات الصحية ويُستخدم في بعض الأوقات وهو مستوى استخدام الأدوية. فعلى الرغم من أن مقدمي الرعاية للمرضى لا يستخدمون المعلومات الخاصة بمعدل استخدام الأدوية إلا على نحو ضئيل، إلا أن المحللين الذين يمثلون مؤسسات أخرى مثل شركات الأدوية على النقيض من ذلك، إذ يركزون على استهلاك الأدوية التي يصفها الأطباء حيث أنها (بخلاف الأدوية التي تباع مباشرةً دون وصفة طبية) يُعتقد أنها تعكس وبشكل أكبر معدلات الاستفادة الفعلية لنظام الرعاية الصحية الرسمي. وفي حين أن مستوى وصف الدواء يمكن تحديده من خلال سجلات الأطباء أو الصيادلة، فإن معدلات استهلاك الأدوية التي تباع دون وصفة الطبيب يتعين تحديدها بشكل غير مباشر.

إن معدلات استخدام الأدوية الموصوفة من قِبل الطبيب يتم احتسابها عادةً من حيث عدد وصفات الأطباء «الروشتات» في غضون عام لكل ١٠٠٠ نسمة. وكذلك يمكن احتساب متوسط عدد وصفات الطبيب التي يتم كتابتها سنوياً لكل فرد. وأحياناً يمكن تقدير مستوى استهلاك الأدوية استناداً إلى كميات الأدوية التي يتم وصفها.

إن مؤشرات استخدام الرعاية الصحية التي تُعتبر الأكثر بروزاً تتوقف على مستوى التخطيط الفعلي وكذلك على نوع الخطة. ففي حالة التخطيط على نطاق المجتمع، فإن المخطِط قد يكون مهتماً بمعظم المؤشرات التي جرى مناقشتها أعلاه، وذلك للطبيعة الشمولية لهذا النوع من التخطيط. أما على مستوى المنظمة، فإن تحديد نوع مؤشرات الاستفادة التي يتم الاهتمام بها يتوقف على طبيعة المنظمة وطبيعة الخطة التي يتم تطبيقها.

تقدير حجم الطلب على الخدمات الصحية:

تعد معرفة المستوى الحالي للطلب على الخدمات الصحية، بغض النظر عن طريقة القياس، أمراً ضرورياً لعملية التخطيط. بل إن الأهم من ذلك هو معرفة المستوى المستقبلي للطلب الذي يتصف به السكان الخاضعين للدراسة. وهناك عدة أساليب تم تطويرها للتنبؤ بالطلب في المستقبل، وسنناقش ثلاثاً منها فيما يلي:

التوقعات التقليدية للاستفادة من الخدمات الصحية:

إن أبسط الطرق وأكثرها وضوحاً لتوقع استخدام الخدمات الصحية تنطوي على توقعات مباشرة تقوم بتمديد الاتجاهات التاريخية. فعلى سبيل المثال كان من الشائع في الماضي مراجعة التجارب الممتدة لعدة سنوات والخاصة بإدخال الحالات المرضية في المستشفيات ثم يتم التقدير الاستقرائي لهذا الاتجاه في المستقبل. وكانت هذه الطريقة في غاية البداهة حيث إنه إذا كان الاتجاه لأعلى فسيستمر لأعلى. ومن ناحية أخرى، إذا تم تسجيل اتجاه لأسفل كان يُفترض أن الأنماط التاريخية سوف تستمر في المستقبل.

هناك القليل من محللي السوق الذين يستخدمون هذه الطريقة في بيئة الرعاية الصحية في الوقت الراهن، إذ كان للتطورات خارج مجال الرعاية الصحية تأثير على الطلب على الخدمات وكذلك الأنماط الأساسية للاستفادة من الرعاية الصحية، ولهذا فإن الاستعانة بالماضي لاستقراء المستقبل ليس أمراً عملياً. ويتعين العلم بأن الماضي لم يعد بمثابة الدليل إلى المستقبل عندما يتعلق الأمر باستخدام الخدمات الصحية. وقد كان هذا الوضع هو الحافز لظهور نهج أكثر تعقيداً لتوقع استخدام الخدمات الصحية.

النماذج المستندة إلى السكان:

يعد حجم السكان بمثابة أقوى العوامل من حيث توقع مقدار استخدام الخدمات الصحية، فمجرد معرفة عدد الأشخاص الذين تخدمهم المنظمة، أو إدراك التغير في هذا العدد يكون له عظيم الأثر على الاستفادة المتوقعة في المستقبل. وبسبب أهمية حجم السكان ولأن التوقعات الخاصة بالسكان من المتوقع أن تكون متاحة بالفعل ويمكن الوثوق بها، فإن التوقعات المستندة إلى السكان قد أصبحت أكثر أساليب التخمين استخداماً في التنبؤ باستخدام الخدمات الصحية.

أما أكثر الطرق سهولة فيتمثل وببساطة في ضرب عدد السكان المتوقع في معدلات الاستفادة المعروفة. ولهذا فإن النماذج المستندة إلى السكان تشتمل على مكونين: (١) تقديرات وتوقعات مناسبة للسكان، و (٢) معدلات استفادة صحيحة. وهناك عدة مصادر تتيح التقديرات والتوقعات الخاصة بحجم السكان وعلى عدة مستويات جغرافية.

وفي حين أن تحقيق بعض المنافع من تأسيس تقديرات الطلب على إجمالي السكان، فإن التحليل في العادة يعمل على فحص معدلات الاستفادة حيث العمر والجنس. وكثيراً ما يحدث التغير في التوزيع العمري ويمكن أن يكون لهذا التغير تأثير كبير على مدى استخدام الرعاية الصحية. كما أن أنماط الاستفادة تتنوع بشكل كبير بالنسبة للذكور والإناث ويتعين أخذ هذا في الاعتبار. وتعد أسهل طريقة للتعبير عن تأثير العمر هي الاستعانة بمعدلات الاستخدام لأعمار معينة أو لجنس معين. وكما أصبح هناك المزيد من المعلومات المتاحة يمكن أيضاً فحص السكان من حيث العرق والدخل. وفي بعض الحالات، يمكن تجزئة السكان من حيث فئة القائمين بالسداد.

ولهذا، يمكن التعبير عن معدلات الاستفادة حيث مرات قبول المرضى لتلقي العلاج في المستشفات أو مرات زيارة المرضى للأطباء بنسبة ١٠٠٠ مقيم في السنة، أو مرات الولادة الناجحة لكل ١٠٠٠ أنثى من سن ١٥ إلى ٤٤ عاماً في السنة. يمكن ضبط هذه المعدلات لتعبر عن الفئات المختلفة حسب السن أو الجنس ويمكن ضبطها كذلك وفق سمات أخرى حسب مدى إتاحتها.

في حين أن نماذج التنبؤ بالطلب المستند إلى السكان في كافة تبديلاتها تقدم توجهاً ملفتاً لهذه المسألة، فهناك قيودٌ لطرق استخدامها. فمن ناحية نجد أن انتقال السكان في الوقت الحالي بالولايات المتحدة يمثل عنصر شك في عملية التنبؤ. هذا التأثير الجماعي يلعب دوراً بالتأكيد في تحديد أنماط الاستفادة التفاضلية، كما أنه لم يعد من الممكن على سبيل المثال القول بأن أنماط الاستفادة لمن يبلغ ٦٥ عاماً في وقتنا الحاضر هي كمثيلاتها لمن كان عمره ٦٥ عاماً منذ عشرين عاماً مضت. ولهذا، فمن المخاطرة تطبيق معدل عمري معين على المسنين في وقتنا الحاضر ويكون هذا المعدل مستند إلى تجارب ماضية.

كما أن معدلات الاستفادة نفسها تتغير، فعندما يكون هناك تساو من حيث الخصائص السكانية، تكون هناك عوامل عديدة تؤثر على معدلات الاستفادة، وكثير

من هذه العوامل قد تمت مناقشـــتها بما في ذلـــك تواجد الخدمات وترتيبات التمويل ومســـتوى انتشـــار الرعاية المدارة. من كان يتوقع، على سبيل المثال، حدوث انخفاض في مرات دخول المرضى لتلقي العلاج داخل المستشـــفيات والذي نتج عن اســـتحداث نظام الدفع المحدد مســـبقاً ببرنامج الرعاية الطبية «ميديكير» وظهور الرعاية المدارة؟ إن تأثير هذه التطورات من هذا النوع تجعل من توقع المســـتويات المستقبلية للاستفادة بمثابة تَحدٍّ.

نماذج الاقتصاد القياسي:

تتضمن نماذج الاقتصاد القياســـي عدة أساليب مختلفة لتوقع الظواهر المستقبلية في مواقف معقدة. وتمثل نماذج الاقتصاد القياســـي في أبســـط أشكالها نمط تحليل السلاســـل الزمنية. ومن حيث التأثير، تحاول هذه النماذج أن تحسن إحصائياً نموذج التوقع الذي تناولناه أعلاه والذي يستقرئ الاتجاهات السابقة في المستقبل.

وتستخدم نماذج الاقتصاد القياسي المعادلات التي تستخدم معدلات الاستفادة من المشـــروع باعتبارها أداة لتفاعل عدة متغيرات متنوعة. ومع وجود ظاهرة معقدة مثل اســـتخدام الخدمات الصحية، فإنه يبدو من المعقول النظر إلى عملية التوقع اســـتناداً إلى عدة عوامل بدلاً من عامل واحد فقط. فكلما ازدادت العوامل المساهمة في توقع الاســـتفادة المســـتقبلية ازدادت احتمالية التوصل إلى تقدير دقيـــق للتغييرات المهمة. ويتناول توقع الاقتصاد القياســـي هذه العوامل في سلســـلة مـــن المعادلات الرياضية. إن المعادلة المســـتخدمة في النهاية هي أكثرها «مناســـبةً للمنحنـــى» من حيث الطلب التاريخي. ومع ذلك، فلكي ينجح هذا الشكل المعقد من الاقتصاد القياسي، فإنه يتعين وجود توقعات لمتغيرات مستقلة عديدة في المعادلة.

لقـــد حـــاول العديد من المحللين أن يطبقوا نماذج الاقتصاد القياســـي بهدف توقع الطلـــب على الخدمـــات الصحية. أما فـــي بيئتنا الحالية، تتصف نمـــاذج الاقتصاد القياســـي بمحدودية فائدتها بســـبب عدم إمكانية توقع بيئـــة الرعاية الصحية وعدم استقرارها.

المراجع:

- Berkowitz, Eric N., Pol, Louis G., and Richard K. Thomas (1997). Healthcare Market Research. Burr Ridge, IL: Irwin Professional Publishing.
- Center for Evaluative Clinical Sciences (1999). The Dartmouth Atlas of Health Care. Hanover, NH: Center for Evaluative Clinical Sciences.
- Pol, Louis G., and Richard K. Thomas (1998). The Demography of Health and Health Care. New York: Plenum.

مصادر إضافية:

- American Medical Association (CPT Codes). Website at URL: www.ama-assn.org.
- American Psychiatric Association (Diagnostic and Statistical Manual). Website at URL: www.psych.org/clin res/dsm/dsmintro813ø1.cfm.
- Center of Medicare and Medicaid Services (Diagnosis Related Groups, Healthcare Common Procedures Coding System, Ambulatory Payment Classification).Website at URL:www.cms.gov.

الفصل الخامس
عملية التخطيط

مقدمة:

يتضمن التخطيط الصحي إجراء سلسلة من الخطوات التي تنقل هذه العملية من أول لقاء يخص المنظمة وصولاً إلى الخطة المكتملة (وإلى ما بعد ذلك)، وفي حين أن عملية التخطيط قد أصبحت معيارية بشكل متزايد، فلا توجد هنا عملية واحدة تناسب جميع الاتجاهات. وبينما تشترك جميع الأشكال المختلفة من هذه العملية في بعض السمات إلا أن كلاً منها يتخذ نهجاً مختلفاً قليلاً، فنجد أن عملية التخطيط على نطاق المجتمع تختلف عن مثيلتها على مستوى المنظمة، كما أن كل نوع من الخطط التنظيمية يتطلب وجود أشكال مختلفة من عملية التخطيط.

إلا أنه وبرغم هذه الاختلافات، تشتمل جميع عمليات التخطيط على عناصر محددة، لذا سنستعرض في الأقسام التالية مخططاً «عاماً» لهذه العملية، كما سنناقش مدى تنوع هذه العملية تبعاً للمستويات المختلفة للتخطيط والأنواع المختلفة من الخطط.

نموذج التخطيط:

يعرض النموذج الموضح بالرسم البياني أدناه (بالشكل رقم ٥-١) إطار عمل عام لعملية التخطيط. وينطبق هذا النموذج من الناحية الفعلية على أي نوع من التخطيط كما أنه يتصف ببساطته الملحوظة. وهناك نوعان من العوامل التي تؤثر في الوضع الحالي للنظام الصحي بالمجتمع أو منظمة الرعاية الصحية الخاصة به: عوامل داخلية وأخرى خارجية. وسنجد أن هذين النوعين من العوامل مجتمعين يحددان الوضع الحالي للمجتمع أو المنظمة، هذا وبمجرد أن يتم تحديد الوضع المرغوب فيه فإن الاختلاف بين الوضع الحالي والوضع المرغوب فيه (الفجوة في التخطيط) يمكن حينها رؤيته، وعند ذلك تصبح الفجوة في التخطيط هدفاً لأنشطة تخطيط لاحقة. وعلى الرغم من أن ما سنعرض له من مناقشة فيما يلي يوحي بوجود عملية أكثر تعقيداً بشكل كبير، إلا أنه وفي نهاية المطاف سنجد أن تخطيط الخدمات الصحية يتعلق في المقام الأول بالمقدرة على تحديد الفجوات ومعالجتها.

شكل (٥-١) رسم بياني لنموذج التخطيط

العوامل الخارجية	←	الوضع المرغوب فيه		
			الفجوة في التخطيط	← الخطة
العوامل الداخلية	←	الوضع الحالي		

خطوات عملية التخطيط:

التخطيط لعملية التخطيط:

تتطلـــب عملية التخطيط قدراً كبيراً من التحضيـــر، ولهذا فإن «التخطيط لعملية التخطيط» يستغرق قدراً كبيراً من الجهود الأولية. كما تشتمل الخطوة الأولى في أي عملية تخطيط على تحديد التفويض الذي سيعمل وضاعوا الخطط وفقاً له. وقد يتم البدء في عملية التخطيط مثلاً كاســتجابة لحاجة ملموسة بالمجتمع، أو لوجود مشكلة صحية لم يتم معالجتها بالشكل الكافي أو لتعرض المنظمة لأزمة ما. وقد يتمثل سبب البـــدء في عملية التخطيط في بعض الدوافع السياســية أو بعــض الاعتبارات المالية الفورية، لهذا فمن المتوقع أن يظهر «الســبب» وراء القيام بعملية التخطيط في جميع الأنشطة اللاحقة ويتعين معالجته مبكراً أثناء العملية.

يُعد القدر الأكبر من أنشــطة التخطيط المبكرة ذو طبيعة تنظيمية، وينطوي على تحديد المستفيدين الرئيســيين، وصناع القرار وكذلك المولين الذين يتعين وضعهم في الاعتبار. أما على مســتوى المجتمع، فإن تحديد هؤلاء الأشــخاص وحثهم على المشـــاركة يعد بمثابة عملية سياسية بالقدر نفسه الذي يعد به عملية تقنية. وعلى الرغــم من عدم وجود مجموعة من أعضاء الفريق يمكن القول بأنها لن تخطئ وأن نجاحها مؤكد، إلا أنه يتعين ضم بعض فئات المشـــاركين سواءً تمت عملية التخطيط على مســتوى المجتمــع أو المنظمة. وتشــمل هذه الفئات ممثلين عن المســتفيدين المتعددين وأبرز متخذي القرارات وقادة الرأي وممثلي المناطق الرئيســية؛ لذا فإنه من الضروري أن تكون عملية التخطيط شـــاملة، بمعنى أن تتضمن الأشخاص ذوي النفــوذ الضخم في مجتمعاتهم (كالمســئولين المنتخبين على ســبيل المثال) وكذلك الأشـــخاص الذين يعدون الأكثر تأثراً بالخطة (مثــل المقيمين بالمناطق ذات الدخل المنخفض).

وإذا مــا أراد المشــاركون أن يخططوا للمجتمع بأكمله، فيجــب أن يكون من بينهم ممثلين لكل من شركات القطاع الخاص والمؤسسات الصحية الحكومية، وكذلك ممثلين للطب البدني والصحة النفســية، وخدمات الرعاية للحالات الحادة والمزمنة والحالات التي تتطلب رعاية طويلة المدى. وإذا ما أراد هؤلاء الممثلون أن يكونوا وبحق انعكاســاً للمجتمع بأكمله، فينبغي أن يكون من ضمنهم ممثلين للمجموعات العلاجية «الهامشية» كأخصائــي تقويم العمود الفقري وأخصائي معالجة القدم وأطباء الأمراض النفســية ومتخصصي الطب البديل.

وعلى مســتوى المنظمة، فإن اختيار المشــاركين الرئيسيين يعد على القدر نفسه من الأهمية. وفي الحقيقة فمن الأيســر بكثير لأي مشــارك لا يتم اختياره بشكل صحيح أن يدمر ما بُذل من جهد في عملية التخطيط بمنظمة مما يكون عليه الأمر في التخطيط على مســتوى المجتمع نتيجة للتخطيــط المجتمعي الأكثر «عمومية»؛ لذا فإن اختيار المشــاركين يعد أمراً حساســاً داخل المنظمة، إذ يمكن أن تتســبب هذه العملية في إحداث نتائج ســلبية بسبب بعض الأشخاص الذين يتم اختيارهم للمشاركة.

كما أنه ينبغي على مستوى المنظمة اختيار المشاركين الداخليين في عملية التخطيط مــن نطاق عريض من المجالات الوظيفية ابتداءً بــالإدارة. ومن المؤكد ينبغي أن يلعب موظفو قســم التسويق دوراً أساســياً، وإذا كان هناك قسم أبحاث فمن الأفضل دمج جهود كل من القســمين. كما يمكن لبقية الأقســام الأخرى الرئيسية كأقسام التمويل والموارد البشــرية بما في ذلك الأقســام الإكلينيكية أن تلعــب دوراً في العملية، وذلك اســتناداً إلى القضايا المطروحة. وعلاوةً على هذا، مــن الصعب تخيل أن يتم القيام بعمليــة تخطيط فعالة في الوقت الحاضــر دون أن يكون هناك تعاون كامل من جانب قسم نظم المعلومات.

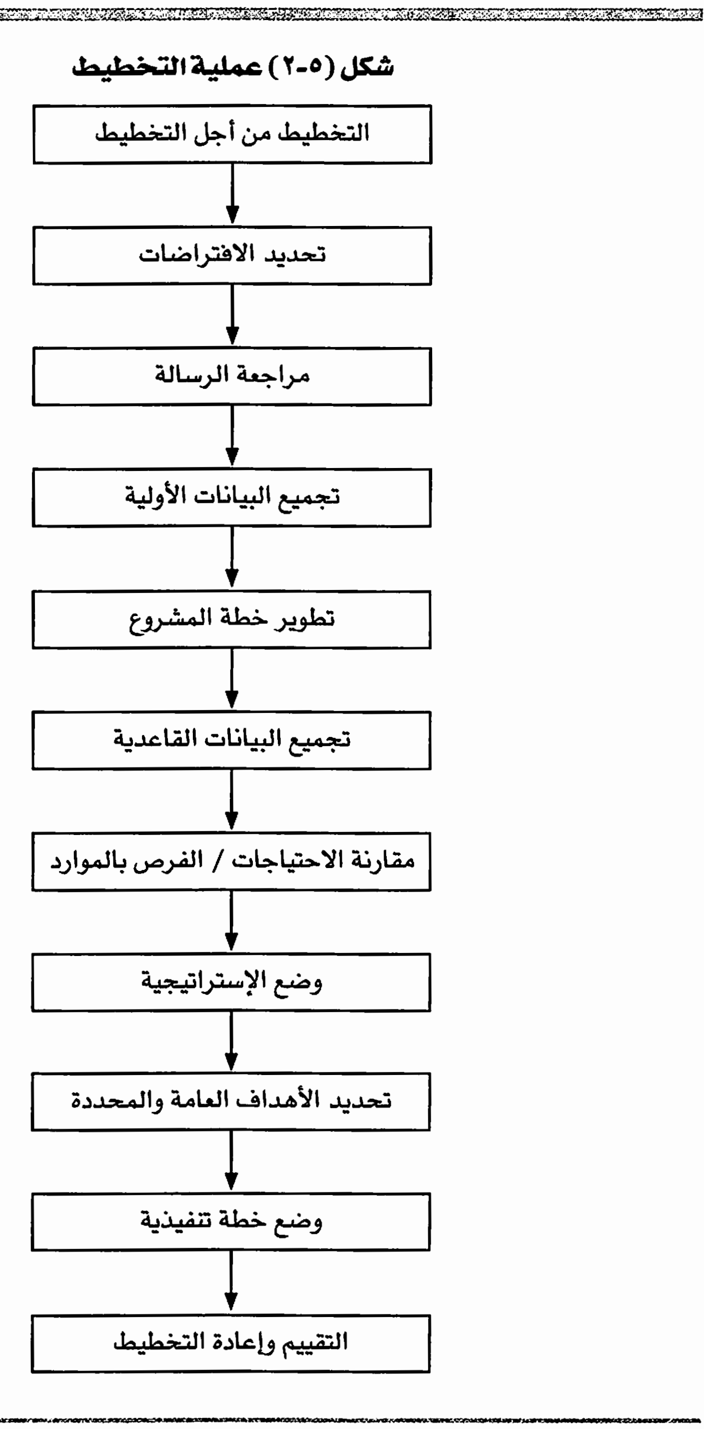
ويتعين في هذه المرحلة وضع مخطط لعملية التخطيط نفســها. ويجب أن يوضع فــي الاعتبار صيغة العملية وأهدافهــا (وليس التخطيط عند هــذه المرحلة) وكذلك المســائل العملية كمرات انعقاد الاجتماعات الخاصة بفريق التخطيط. ومن الواجب عند هذه المرحلة أن يتم تحديد الهدف من مثل هذه الاجتماعات كعقد جلســات عمل أو تحضير تقارير حول مدى التقدم في العملية وكذلك اتخاذ القرارات (يوضح الشكل رقم (٥-٢) الخطوات في عملية التخطيط).

تحديد الافتراضات:

واحدة من الخطوات الحاسـمة في البداية (وكذلك في أي من الفترات الحاسـمة خـلال عملية التخطيط) أن يتم تحديد الافتراضات والتي تعد بمثابة التفاهمات التي تقود عملية التخطيط، وإذا لم يتم تحديدها في بداية العملية فقد يجد فريق التخطيط أنفسـهم فيما بعد وليس لديهم سـوى أفكار عامة متناقضة حول ماهية وهدف هذه العملية. ومن الممكن تكوين افتراضات حول البيئة الكلية (مثل: الظروف الاقتصادية المحبطة على المدى القصير) أو البيئة التنظيمية (مثل: توقع تنظيمات أشـد حسماً) أو البيئة المصغرة (مثل: سـيواصل المنافس «س» زيادة حصته السـوقية). كما يمكن للافتراضات أن تتعلق بتوجهات ديموغرافية وممارسات سداد وتواجد الموارد الداخلية إلى جانب أي عدد من الجوانب الأخرى في نظام الرعاية الصحية.

مـن ناحية أخرى، يمكن من منظور التخطيط على نطاق المجتمع الافتراض أن أية خطة تتسبب في التشويش على أنماط ممارسة قائمة لن تكون مقبولة. ومن الواضح إذاً أن مثـل هذا الافتراض يضع قيوداً خطيرة على العملية. ومن ناحية أخرى، يمكن تكوين افتراض بأنه ومن أجل مبادرة التخطيط هذه «لا يوجد شـيء مقدس»، وهو ما يعطـي للقائمين على التخطيط، من الناحية النظرية على الأقل، حرية التفكير في أية خيارات. وقد يُنظر إلى هذه الافتراضات على أنها حقائق حياتيه ينبغي على واضعي الخطط أن يتعايشوا معها.

شكل (٥-٢) عملية التخطيط



يجب على المخططين على مستوى المنظمة أن يكونوا افتراضات حول السوق قيد الدراسة، وقد تشمل افتراضات تتعلق بطبيعة السوق (والسكان)، والمناخ السياسي، ومكانة الشركات الأخرى المقدمة للخدمة، وغيرها. ومن الممكن أيضاً تكوين افتراضات على مستوى المنظمة تخص البيئة الداخلية، وقد تتعلق هذه الافتراضات بالحالة المالية والقدرات الشخصية والتعاقدات الموجودة وغيرها. فعلى سبيل المثال، فإن افتراض أنه ومن الناحية الواقعية ليس هناك أية موارد مالية متاحة داخلياً لتنفيذ الخطة يعد عاملاً مقيداً مهماً.

كما ينبغي وضع افتراضات تتعلق بنطاق عملية التخطيط، ففي حين يؤمل أن تكون العملية شاملة على مستوى المجتمع فلا يمكن افتراض ذلك. كما يمكن أن يكون هناك أسباب وراء عدم أخذ بعض الجوانب المحددة بالنظام في الاعتبار في هذه العملية. فعلى سبيل المثال، لم يكن من المنطقي في الماضي أن يتم ضم منشآت عسكرية محلية إلى عملية التخطيط؛ لكونها تنطوي على خدمات استثنائية تُقدم إلى سكان مميزين، فلا يوجد إذاً أي تداخلٍ بين الخدمات أو السكان وبين المجتمع. ومن الواضح أن نطاق العملية قد يُحدث جدلاً محتملاً؛ لذا ينبغي الاتفاق على الافتراضات الخاصة بالنطاق في بداية العملية على قدر الإمكان.

هناك بعض الافتراضات التي يمكن – بل ويجب – تقريرها في بداية عملية التخطيط. أما بالنسبة للافتراضات الأخرى فسيتم تطويرها أثناء تجميع المعلومات والحصول على المزيد من المعرفة المتعمقة حول المجتمع واحتياجاته من ناحية الرعاية الصحية وكذلك موارده. والأمر ذاته صحيح بالنسبة لعملية التخطيط الخاصة بالمنظمة، فعلى الرغم من أنه سيتم وبدون شك تنقيح الافتراضات كلما تواصلت عملية التخطيط، فمن المهم البدء بتحديد افتراضات عامة على الأقل.

مراجعة الرسالة:

يجب في أي من مبادرات التخطيط التفكير في الرسالة (أو الرسائل) الخاصة بالكيانات المعنية بها. أما في حالة عدم وجود عملية تخطيط في الوقت الحالي على مستوى المجتمع، فيجب تحديد الرسالة في بداية العملية. أما في حالة وجود عملية تخطيط بالفعل، فيجب إعادة النظر في الرسالة التي تشكل الدافع وراء العملية. وفي مثل هذه الحالات النادرة التي يُعهد إلى مؤسسة مفردة بمهمة تطوير خطة على نطاق المجتمع، فإنه ينبغي مراجعة بيان الرسالة الخاص بتلك المؤسسة. وستكون الرسالة

الموضوعة للتخطيط على نطاق المجتمع وبشكل حتمي عريضة ومثالية وينبغي أن تقود عملية وضع الأهداف.

ويجب على مستوى المنظمة أن يتم فحص بيان الرسالة الخاصة بالمنظمة في بداية عملية التخطيط. ومن المهم الوصول إلى إجماع حول الرسالة وذلك لأن الدفع بالتخطيط اللاحق سيكون مسترشداً ببيان الرسالة. وقد نجد في البيئات ذات التغيرات المتسارعة أن أنشطة المنظمة لم تعد تتوافق مع بيان رسالتها، كما يمكن أن تستدعي طبيعة الأنشطة الحالية للمنظمة إجراء مراجعة لبيان الرسالة. وإلى أن يتم الوصول إلى مستوىً معين من الإجماع حول الرسالة، فمن غير المتوقع حدوث تخطيط فعال داخل المنظمة.

تجميع المعلومات الأولية:

لا ينبغي مطلقاً أن تكون بداية عملية التخطيط «بطيئة»، إذ إن الافتقار للمعرفة في أول اجتماع تنظيمي سيتسبب في إفساد أي تقدم محتمل، ومن ثم ينبغي الحصول على أكبر قدر ممكن من المعرفة التي تسبق الحقائق وذلك من أي مصادر متاحة. وقد يجد المخططون على نطاق المجتمع أن هذا قد ينطوي على مراجعة للمادة التي تم إعدادها حول نظام الرعاية الصحية المحلية. وقد تتوفر مقالات صحفية توضح الجوانب المتنوعة للنظام، كما أن العديد من المجتمعات تصدر منشورات تتعلق بالصحة. ومن الملاحظ أيضاً تزايد استخدام مختلف المنظمات لتقارير تقييم الأداء بالمجتمعات، وبذلك قد تساعد مثل هذه المعلومات في عملية التخطيط.

وتقوم منظمات الرعاية الصحية داخل المجتمع عادةً بنشر مستندات تصف المنظمات وطريقة عملها. ومن أمثلة هذه المستندات كتيبات السياسات والإجراءات ويمكن أن يتم إعدادها من أجل الاستخدام الداخلي. هناك بعض المستندات الأخرى كالتي تتعلق بالتسويق يتم توجيهها للاستخدام العام، ولذا فإنه يتعين على الشركات والمنظمات ذات الملكية العامة التي تُعفى من الضرائب أن تعد تقارير حول أوضاعها. وينبغي أن تتضمن عملية مراجعة المستندات خططاً سابقة تم تطويرها وكذلك أي مشاريع بحثية أو دراسات استشارية تم إجراؤها، وفي حين أن مثل هذه التقارير قد تشتمل على بعض القيود، إلا أنها تقدم على الأقل نظرة جزئية لجوانب معينة بالنظام.

وينبغي أن تصاحب هذه المراجعة عقد لقاءات مع أفراد ذوي معرفة داخل المجتمع سواء كانوا داخل المؤسسة الطبية أو خارجها، ويجب أن يكون النطاق في عملية

التخطيــط على مســتوى المجتمع متســعاً على قدر الإمكان. ســيكون هنــاك دائماً «روايات» متنوعة لمســألة الرعاية الصحية، وســيتغير تقدير النظام وفقاً لوجهة نظر كل فــرد. وعلى الأقل ينبغي على الفرد أن يكــون معتاداً على وجهات النظر الخاصة بالشــخصيات المؤسســية التي تلعب أدواراً كبيرة وكذلك صناع القرار وكبار أصحاب الرأي والشخصيات السياسية المؤثرة.

كمــا ينبغي أن تُظهر عمليــة التجميع المبدئي للمعلومات شــيئاً حول تاريخ النظام الحالي، ففي حين أن التخطيط يعد أمراً مستقبلياً من حيث رؤيته المستقبلية، يُتوقع أن يكون مستقبله مرتبطاً بماضيه على نحو معقد. وتأخذ العلاقات الحالية الشكل الذي تبدو عليه بســبب التطورات التاريخية، كما أن الخبرات والعلاقات السابقة ستضفي صبغتها على التطورات المستقبلية.

وتعد هذه النقطة صحيحة على مستوى المنظمة. إن «تاريخ حياة» المنظمة سيكون له دور مهم في تطوير خطة مســتقبلية لها. وستُحدث الثقافة المؤسسية تأثيراً كبيراً في عملية التخطيط، ولا يمكن عادةً تفهم هذه الثقافة إلا في ضوء تطورها التاريخي. ولهذا الســبب، فإن إجــراء مراجعة تاريخيــة للمنظمة يعد مكونــاً ضرورياً لعمليات التدقيق الداخلية.

ويتعين أثناء تجميع المعلومات الأولية تحديد القضايا الرئيسية التي تدفع العملية. وســيتم إيضاح هذه القضايا باستمرار أثناء عملية التخطيط، إلا أن التحديد المبدئي لهــذه القضايا يضع نقطة بدايــة لإجراء المزيد من البحوث. وبينمــا يُتوقع أن تكون القضايا على مستوى المجتمع أكثر اتساعاً بكثير عما هو الأمر بالنسبة للمنظمة، فإن لها التأثير نفســه من حيث عملية التخطيط. وهــذه القضايا التي تتم معالجتها في النهايــة قد تكون أو لا تكون هي القضايا التي تم تحديدها ابتداءً، ولكن حقيقة وجود شخص يعتبرها قضايا يجب أخذها في الاعتبار.

وينبغــي أن يحدد هذا البحث الذي يجري حول المعلومات الأساســية عملية اتخاذ القــرار لنظام الرعاية الصحية المجتمعية، وذلك على الأقل إلى المدى الذي يمكننا من عزلهــا. إذاً ما طريقة اتخاذ القرارات فيما يتعلــق بتوفير تمويلات الرعاية الصحية الحكومية؟ وما منظمات الرعاية الصحية المؤثرة من الناحية السياســية؟ ومن يتمتع بالدعم القاعدي من المجتمع؟

إن تحديد صناع القرار على مستوى المنظمة مسألة بالغة الأهمية، كما أن نجاح عملية التخطيط في نهاية المطاف سيتعلق بالعلاقات الداخلية وكذلك بالعوامل الخارجية على حد سواء. ويجب عند تجميع المعلومات الأولية أن يتم تحديد الأشخاص والأدوار التي يقومون بها وكيف يمكن للنفوذ النسبي للأطراف المعنية أن يؤثر في عملية التخطيط.

وكجزء من هذه العملية، يجب تحديد العوائق المحتملة لمبادرة التخطيط. ومن المتوقع أن تتضح بعض العوائق بشكل جلي خلال هذه الفترة المبكرة من الاستعلام، كما سيظهر على السطح الأفراد أو المنظمات التي تقاوم وبوضوح عملية التخطيط. كما ينبغي تحديد أي أنماط سلوكية لا تقبل التغيير من جانب أعضاء المجتمع الطبي، وفي حين يمكن التغلب على بعض العوائق فهناك عوائق أخرى قد لا يمكن اجتيازها. وبهذا تكون هذه التفهمات جزءاً من الافتراضات التي تدفع العملية.

خطة المشروع:

يتعين في بداية عملية التخطيط للتخطيط تطوير خطة للمشروع تصف بصورة منظمة الخطوات المتعلقة بعملية التخطيط وتحدد التسلسل الذي يجب أن تتبعه. كما تبين خطة المشروع العلاقات بين المهام المتعددة، والأهم من ذلك مدى كون اكتمال بعض المهام متطلباً سابقاً لتحقيق مهام أخرى.

هناك أدوات لتخطيط المشروع مثل مخططات جانت Gantt والتي تساعد على إيجاد إطار عمل لتطوير الخطة من خلاله. كما أن أدوات إدارة المشاريع مثل أسلوب مراجعة تقييم البرامج program evaluation review technique (PERT) وطريقة المسار الحرج critical path method (CPM) تفيد في تقدير الموارد التي يحتاجها المشروع وإيضاح عملية التخطيط والتحكم. ويشتمل أسلوب مراجعة تقييم البرامج على تقسيم خطة المشروع الكلية إلى أصغر مكوناتها من الأنشطة، وكذلك تحديد التسلسل الذي يتعين وفقاً له القيام بهذه الأنشطة، وكذلك تحديد زمن تقديري لكل نشاط، وعرضها في شكل مخطط يسمح بمراقبة مرئية للعملية برمتها. وتسمح التقديرات الزمنية لواضعي الخطط بتحديد المسار الحرج من خلال المخطط. ويمكن الوصول إلى هذه الأدوات في وقتنا الحالي باستخدام برامج الكمبيوتر. (انظر الشكل رقم (٥-٣) لعرض مبسط لمخطط جانت Gantt).

شكل (٥-٣) عينة من مخطط جانت Gantt Chart

المهمة	يناير	فبراير	مارس	إبريل	مايو	يونيه	يوليو	أغسطس	سبتمبر	أكتوبر	نوفمبر	ديسمبر
استعراض المواد التنظيمية												
مقابلة مقدمي المعلومات الرئيسيين												
تحديد أعضاء الفريق												
استعراض تقرير المهمة												
تحديد الافتراضات												
جمع البيانات												

التقييم البيئي:

تشــتمل الخطوة الأولى في عملية تجميع البيانات الرسمية على تقييم بيئي وذلك بغــض النظر عمــا إذا كان المخطِط يركز على المجتمع أو المنظمة، ويُشــار إليه أيضاً بالتحليل الموقفي، ويبدأ هذا التقيِيم عادةً عند المســتوى الكلي للتحليل. وســينطوي ذلك في العادة على تحليل على المستوى القومي، على الرغم من أنه قد يحدث التحليل على المســتوى العالمي في حالة بعض المنظمات التي تقوم بعمليات متعددة الجنسيات. ويجب أن يتبع التحليل على المســتوى الكلي تحليلاً آخر على المستوى الإقليمي إذا كان

ذلك مناسباً. كما أن التقييم البيئي على مستوى الولاية ذو أهمية خاصة وذلك للدور الـــذي تلعبه الولايـــات في تنظيم الرعاية الصحية. وأخيـــراً، يجب أن يتعامل التقييم مع المســـتوى المصغر أو البيئة المحلية. ويمكن القول من الناحية الجوهرية أن غالبية منظمات الرعاية الصحية تعمل على المستوى المحلي، ولهذا يتعين تحليل البيئة المحلية بعنايـــة في ســـياق التطورات على الصعيـــد المحلي أو على صعيد الولاية. وســـنقوم بتعريـــف المواضيع الواجب تغطيتها أدناه مـــع تقديم المزيد من التفاصيل في الفصلين السادس والسابع.

وكنقطة انطلاق في التقييم البيئي، يجب تحليل اتجاهات مجتمعية عريضة ودراسة نتائجهـــا بالنســـبة للبيئة المحلية. ومن بين الأشـــياء التي يتعين دراســـتها الاتجاهات الديموغرافية والتطورات الاقتصادية واتجاهات الأســـاليب المعيشية وحتى التحولات في الاتجاهات. ويجب تطبيق النوع نفســـه من التحليل على اتجاهات صناعة الرعاية الصحيـــة من أجل تحديد أية تطـــورات يُتوقع أن تؤثر في المجتمـــع أو المنظمة. وقد تشـــمل هذه الاتجاهات اتجاهات تمويل النفقات (وهو ما ســـنتناوله فيما بعد) والبنى التنظيمية المتغيرة داخل نظام تقديم الخدمات واستحداث وسائل علاجية جديدة.

يجب مراجعة التطورات التنظيمية والسياسية والقانونية وذلك لما لها من مقتضيات بالنسبة للمجتمع أو المنظمة. أما على المستويات الفيدرالية ومستويات الولاية، فهناك عـــدد مـــن الوظائف التنظيميـــة، في حين أن للولايات مســـئولية رئيســـية متمثلة في الترخيص للمنشـــآت وأطقم العمل الصحية. ويجب دراسة التأثير المحتمل للتطورات التنظيمية والسياسية والقانونية في جميع المستويات الحكومية.

كما يمكن للتطورات في مجال التكنولوجيا أن تُحدث تأثيراً مهماً في مســـار نظام الرعاية الصحية. ويتم اعتبار التكنولوجيا هنا في أشـــمل ســـياقاتها الممكنة وتغطي الوســـائل العلاجية الطبية والجراحية وكذلك الأدوية والمعدات الحيوية الطبية وإدارة المعلومـــات. فقد تفاجـــأ معظم المراقبون بمدى تأثير الإنترنـــت في الرعاية الصحية وينبغـــي تحديـــد الاتجاهات التكنولوجية الأخـــرى التي يُتوقع أن تؤثـــر في النظام أو المنظمة.

تمثل ترتيبات الســـداد المتعلقـــة بتقديم الرعاية عاملاً رئيســـياً في تحديد طبيعة نظام الرعاية الصحية، إذ إن هناك تأثيراً كبيراً لممارســـات الســـداد ببرنامج الرعاية الطبية ميديكير في أنماط الممارسة، ولا يمكن كذلك تجاهل تأثير الرعاية المدارة في

نظام الرعاية الصحية. وتعد التغيرات المتوقعة في السداد بمثابة الاعتبارات الوحيدة والأكثر أهمية في بعض سياقات التخطيط.

وتمثل هذه المراجعة للاتجاهات الاجتماعية والسياسية والاقتصادية والتكنولوجية والتي تؤثر في بيئة نقطة البدء للقيام بأبحاث لاحقة عن الخلفية كما تمثل سياقاً يمكن تشكيل المعرفة الإضافية بداخلها. ينبغي في البداية تحليل هذه الاتجاهات على المستوى الكلي ومن ثم «خفضها» إلى المستوى الجغرافي المناسب للمجتمع الذي يضم المنظمة.

تجميع البيانات القاعدية:

يمثل التقييم البيئي الأرضية اللازمة لتجميع البيانات القاعدية حول المجتمع أو المنظمة. وتحدد هذه العملية الأشخاص والأشياء والأزمنة والأماكن والكيفية من حيث المجتمع ونظام الرعاية الصحية به، أو الوضع الحالي للمنظمة إزاء السوق في حالة التخطيط على مستوى المنظمة. وتقدم هذه البيانات القاعدة اللازمة لعقد أية مقارنات في المستقبل وتمثل المعيار الخاص بقياس مدى نجاح عملية التخطيط.

ينبغي اتباع خطوات معينة أثناء عملية تجميع البيانات القاعدية لأهداف التخطيط، كما ينبغي اتباع التسلسل نفسه سواءً بتحليل الموقف من حيث الخصائص الديموغرافية أو الحالة الصحية أو تواجد الموارد الصحية. وينبغي على واضع الخطط أن يقوم بتحديد كل عنصر يتم تحليله وأن يقوم كذلك بتحديد مقداره وطبيعته وتقييمه. وسنتناول هذه الخطوات بالترتيب فيما يلي.

التحديد: تنطوي الخطوة الأولى في العادة على تحديد العوامل التي يتم تجميع البيانات وفقاً لها. فعلى سبيل المثال، يجب تحديد السمات الديموغرافية ومؤشرات الحالة الصحية وتصنيفات الموارد التي ستتم دراستها.

الحصر/تحديد الكمية: وبمجرد تحديد العوامل ذات الصلة فإنه يجب حصرها، وقد ينطوي «حصر» الخصائص الديموغرافية على سلسلة من الخصائص السكانية. وبالمثل، فإن حصر خصائص الحالة الصحية قد يتضمن تحديد كمية المؤشرات المتنوعة، وقد يتطلب حصر الخدمات أو المنشآت عداً صريحاً للوحدات ذات الصلة.

تكوين صورة عامة: وبمجرد اكتمال عمليات الحصر وتحديد كميات المقاييس المتنوعة، يمكن تكوين صورة عامة للمجتمع أو المنظمة من حيث المتغيرات ذات الصلة.

وتمثـل هذه الصورة «لمحـة» مركبة عن المجتمع في هيئته الحاليـة أو الوضع الحالي للمنظمـة. ولا يتم إبـداء رأي عند هذه المرحلة، إلا أنه يتـم تكوين صورة حول حالة المجتمع أو حالة المنظمة.

التقييـم: تحتوي الخطوة الأخيرة على تقييم للظروف التي يتم تحديدها، وبمجرد تكوين صورة عامة للمجتمع من حيث الخصائص الديموغرافية، فمن الممكن تفسـير هذه المعلومات في سـياق عملية التخطيط. وبمجرد تكوين صورة عامة للمنظمة من حيث معدلات الاسـتفادة على سـبيل المثال، فيمكن إضفاء معنى لهذه الإحصائيات، إذ يمكن تناول أسـئلة على النحـو التالي: ما نتائج إعادة التوزيع المتواصل للسـكان بالنسـبة لمتطلبات الخدمات الصحية؟ ما نتائج الشيخوخة المتواصلة للسكان؟ كيف يمكن مقارنـة الحالة الصحية الكلية للمجتمع بمثيلتها فـي المجتمعات الأخرى؟ هل معدل الأطباء للسكان مواتية أو غير مواتية؟ ماذا يعني انخفاض حجم مجال أمراض القلب؟ سـتكون الإجابات عن هذه الأسـئلة وما يشبهها من أسئلة أخرى بمثابة نقطة البدء لأنشطة تخطيط لاحقة.

تكوين صورة عامة عن المجتمع:

في حالة التخطيط على نطاق المجتمع، ستكون عملية ترسيم حدود «المجتمع» واضحة عادةً. وستتطابق في العادة من حيث الوحدة الجغرافية التي تخضع لنطاق اختصاص الجهة الحكومية المشـتركة في التخطيط. ولهذا، فإن قامت ولاية ميسيسـيبي بالبدء في عملية تخطيط على نطاق المجتمع فسـتعد هذه الولاية «مجتمعاً»، وإذا قامت هيئة التخطيط بمقاطعة جاكسون برعاية المبادرة، فستمثل مقاطعة جاكسون «المجتمع».

قـد تكون هناك مواقف تكون فيها الحدود الخاصـة بالمجتمع غير واضحة. فقد يتم، على سـبيل المثال، إنشـاء هيئة تخطيط إقليمية لتلبيـة احتياجات منطقة معينة تتعدى الخطوط الفاصلة بين الولايات وتشـمل عدداً من المقاطعات. ويتطلب رسـم حدود المجتمع في هذه الحالة نهجاً مختلفاً. ويمكن استخدام بعض الأساليب الخاصة بتحديد المنطقة الخدمية لمنظمة رعاية صحية محددة في مثل هذه الحالات (سنتناول بالنقاش هذه الأساليب في الفصل السابع).

وكجـزء من عملية إعداد صورة عامة للمجتمع، فإنه يجب أخذ السـياق الإقليمي في الحسبان، كما أن المناطق المختلفة داخل الدولة لها أنماطها الثقافية الخاصة بها. كما يجب وضع نوع المجتمع في الحسبان عند تجميع بيانات الخط القاعدي. كما أن

كون النمط المجتمعي المسيطر داخل منطقة التخطيط حضري أو متعلق بالضواحي أو القرى فإن ذلك سيكون له تأثيرات مهمة لكل من الحالة والسلوك الصحيين. وينبغي أن تضع عملية تقييم المجتمع في الحسبان العوامل البيئية المحلية ومدى تأثيرها في الحالة الصحية.

وبالنسبة للتخطيط على مستوى المنظمة، يمكن تكوين مفهوم للمنطقة الخدمية باعتبارها «السوق» الخاص بها، ويمكن أن يتطابق هذا السوق الخاص بالمنظمة مع المنطقة الخدمية الخاصة بأهداف التخطيط المجتمعي. ومن ناحية أخرى، قد تمتد حدود السوق الخاصة بالمنظمة إلى ما بعد نطاق اختصاص مؤسسة التخطيط، أو في بعض الحالات الأخرى، يمكن أن تكون محصورة بشكل أكثر من المنطقة التي يغطيها التخطيط المجتمعي. ويمكن كذلك ألا يكون السوق الخاص بالمنظمة مقيداً بالجغرافية ولكنه يمثل مجموعة فرعية من المجتمع بأكمله، كما هو الأمر في حالة ممارسات جراحة التجميل التي تستهدف أفراداً أكبر سناً وينتمون إلى طبقات اجتماعية أعلى ولديهم من الأموال ما يمكنهم من تلقي هذه الخدمات.

تكوين صورة عامة عن المنظمة:

تنطلق عملية تجميع البيانات الأساسية على مستوى المنظمة من داخل المنظمة نفسها، إذ تنشئ منظمات الرعاية الصحية بشكل روتيني كماً كبيراً من البيانات على أنه منتج جانبي لعملياتها المعتادة؛ لذا يمكن عادةً استخراج عدة أنواع من البيانات من السجلات الداخلية، بما في ذلك خصائص المرضى واتجاهات الاستعمابة ومصادر الإيرادات.

يمكن الحصول على هذه البيانات من خلال إجراء تدقيق داخلي والذي ينطوي في العادة على بعض العناصر، فالتدقيق يفحص هيكل المنظمة إلى جانب عملياتها وعملائها ومواردها. وتتوقف العناصر وكذلك التأكيد عليها على طبيعة عملية التخطيط (سنناقش تدقيق عملية التخطيط في الفصل السابع).

وتتضمن هذه العملية تحديد الوحدات المستقلة داخل المنظمة ومن ثم وصفها وتقييمها، فالمستشفى على سبيل المثال به عدد من الإدارات التي يتعين دراستها. وقد ينطوي عمل مجموعة متخصصة على عناصر تشخيصية وأخرى علاجية أو تبرز عدد من خطوط الخدمات التي يتعين دراستها. ينبغي مراجعة الوضع الراهن لكل عنصر تنظيمي إلى جانب الاتجاهات السابقة والتطورات المستقبلية المتوقعة.

وتوضح القائمة التالية الجوانــب التي يمكن معالجتها بالمنظمة من خلال التدقيق الداخلي:

- الخدمات والمنتجات المقدمة.
- طبيعة العملاء وعددهم وخصائصهم.
- أنماط استخدام الخدمات والمنتجات.
- أحجام المبيعات بالنسبة للخدمات والمنتجات.
- مستويات التوظيف وخصائص أطقم العمل.
- عمليات الإدارة الداخلية.
- الخصائص المالية.
- هيكل التسعير.
- الترتيبات التسويقية.
- أماكن تواجد منافذ تقديم الخدمات.
- علاقات الإحالة.

يجــب أن يكــون المخطِط في نهاية هــذه العملية قادراً على الإجابة عن الأســئلة المطروحــة: مــن نكون نحن؟ ما الذي نقــوم به ولمن؟ أين نقوم بــه؟ كيف نقوم به؟ وطبعاً ما درجة الإجادة في القيام به؟ (ســنتناول هذه المسائل بالتفصيل في الفصلين السادس والسابع).

تكوين صورة عامة عن السكان:

يتعين تحديد الخصائص التي يتسم بها السكان القاطنون بالمجتمع وذلك من خلال التدقيق الخارجي الذي يقدم المزيد من المعلومات حول التقييم البيئي. وســيتم تجميع العديد من الأنواع المتماثلة من البيانات لكل من مستويات التخطيط على نطاق المجتمع والمنظمة. وتشمل الفئات الرئيسية للبيانات والتي يتعين تجميعها حول السكان المقيمين بالمجتمــع: البيانات الديموغرافية والبيانات الاجتماعية الثقافية والبيانات النفســية والبيانات الخاصة بالأساليب المعيشية والبيانات الخاصة بالتغطية التأمينية واتجاهات المستهلكين. يقدم الفصلان السادس والسابع تفاصيل حول هذه الخصائص.

عند تقييم الحالة الصحية للســكان، يســتفيد المخططون على نطاق المجتمع عادةً

من بعض الأنواع من مؤشـرات الحالة الصحية والتـي تقدر حجم احتياجات المجتمع والمجتمعات الفرعية التابعة له. ستكون الحالة الصحية الحالية للمجتمع محدداً مهماً لمستوى الطلب على الخدمات الصحية ويمثل خطأً قاعدياً يقاس على أساسه مدى فعالية التخطيط. وسينصب التركيز بالطبع على تلك الأبعاد التي تتعلق باحتياجات المجتمع أو المنظمة. وتتضمن هذه الأبعاد خصائص الخصوبة وخصائص نسبة المراضة وخصائص نسبة الوفيات، ويمكن تحديد الحالة الصحية للسكان باتباع الخطوات المذكورة في الفصلين السادس والسابع.

يهتم المخططون أيضاً بأنماط السلوك الصحي التي يتصف بها السكان. ويمكن تعريف السلوك الصحي بأنه أي إجراء يهدف إلى استرجاع الحالة الصحية و/أو الإبقاء عليها و/أو تحسينها. ويمكن تعريف السلوك الطبي الرسمي من حيث مؤشرات الاستفادة مثل عدد مرات زيارة الطبيب أو مرات دخول المريض للمستشفى أو عدد الوصفات الدوائية، ويشمل السلوك الصحي أيضاً إجراءات غير رسمية من جانب الأفراد والمصممة من أجل منع حدوث مشكلات صحية إلى جانب الحفاظ على الصحة وتحسينها. وكان في السابق يتم التركيز في تحليل السلوك الصحي على الخدمات الرسمية التي كان يقدمها ممارسو الرعاية الصحية.

بينما يكون المخططون لصحة المجتمع مهتمين بالنطاق العريض للسلوك الصحي، يركز المخططون على مستوى المنظمة على تلك المؤشرات الخاصة بالسلوك الصحي والتي تكون أكثر ارتباطاً بما تقوم به من عمليات. فالمستشفيات مثلاً تتطلب على الأرجح معلومات حول الكثير من المؤشرات ذات الأهمية للمخططين على مستوى المجتمع، أما المنظمات التي تقدم خدمات محصورة بشكل أكبر ستركز على مؤشرات الاستفادة الدقيقة ذات الصلة باحتياجاتها.

تشكل المعلومات المستقاة من خلال التدقيق الخارجي أساساً لتقدير حجم الطلب على الخدمات الصحية والتي يتصف به السكان. ويتعين مقارنة هذه الحاجة للخدمات بموارد المجتمع المذكورة أدناه وذلك من أجل تحديد الفجوة التخطيطية.

حصر الموارد المجتمعية:

إن الجانب الآخر من العملة في تقييم الحاجة يتمثل في حصر الموارد. ويتعين تحديد موارد الرعاية الصحية المتاحة للمجتمع ومطابقتها مع الاحتياجات المحددة للسكان المستهدفين. وتشمل هذه الموارد المنشآت والمعدات الصحية، إلى جانب

برامج وخدمات الرعاية الصحية، والعاملين في الصناعة الصحية، وخيارات التمويل والشبكات الموجودة والعلاقات على أدنى مستوى. (سنتناول هذه المؤشرات بمزيد من التفصيل في الفصلين السادس والسابع).

قد تبدو قائمة العوامل التي يتعين وضعها في الحسبان خلال عملية التخطيط على نطاق المجتمع طويلة وضخمة، إلا أن هذا يشير إلى مستوى الشمولية المطلوبة لتكوين صورة كافية للمجتمع الخاضع للدراسة. وتعد جميع هذه العناصر مهمة بصورة أو بأخرى، وغالباً ما يكون لأي منها تأثيرٌ كبيرٌ في النظام.

وسيكون حصر الموارد على مستوى المنظمة حتماً أكثر تركيزاً عما هو عليه في حالة التخطيط على نطاق المجتمع. فالتركيز سيكون على تلك المنشآت والبرامج والعاملين والموارد الأخرى ذات الصلة بالمنظمة المعنية. وسوف تعكس الموارد التي تم حصرها نوع المنظمة وطبيعة الخدمات التي تقدمها ونوع التخطيط الذي يتم إجراؤه.

تقييم الوضع الصحي وموارد الرعاية الصحية:

من الضروري بمجرد أن يتم تحديد احتياجات المجتمع وموارده وتخزينها أن يتم تقييمها. ويمكن الاستفادة من عدد من المناهج في هذا الصدد، على الرغم من أن جميعها يتضمن في نهاية المطاف قدراً من التحليل المقارن، فنجد مثلاً أن تقييم مؤشر ما للوضع الصحي يمكن أن ينطوي على عقد مقارنة مع المؤشر نفسه في مرحلة زمنية سابقة، أو مقارنة مع المؤشر بالنسبة لمجتمع يمكن مقارنته، أو مقارنة بمتوسط الولاية أو متوسط الدولة، أو مقارنة مع بعض المعايير التي تم تأسيسها. وفي الواقع، ينبغي تقييم المؤشر من خلال كل هذه الأوجه. (سنشرح بالتفصيل عملية تقييم الحالة الصحية في الفصل السادس).

يمكن استخدام العديد من الأساليب التحليلية عند هذه المرحلة مثل تحليل الفجوات أو تحليل SWOT. وتفيد هذه الأساليب في تحديد حالة المجتمع أو حالة المنظمة قبل البدء في عملية التخطيط. وسنقوم بشرح هذه الأساليب التحليلية بمزيد من التفصيل في الفصول التالية من الكتاب.

تلخيص التحليل المبدئي:

سيكون هناك قدر من المعلومات كاف لعرض بيان تلخيصي للتحليل حتى هذه المرحلة. وقد يتضمن ذلك تقريراً عن حالة المجتمع للتخطيط على نطاق المجتمع

أو تقريـــراً عن حالة المنظمة للتخطيط على مســـتوى المنظمة. وينبغي أن يحتوي هذا التقرير على وصف شامل لبيئة المجتمع أو المنظمة، إلى جانب تقرير حالة عن الوضع الداخلي (في حالة المنظمة) وتقرير يصف الحالة الكلية للمجتمع أو السوق.

ويجـــب أن يحتوي هـــذا التقرير أيضاً على نقاط القـــوة والضعف وكذلك الفرص والتهديـــدات التي يبرزها التحليل. كما ينبغي أن يتضمن «بيان قضايا» اســـتناداً على نتائج التحليل حتى هذه المرحلة. وســـيقوم بيان القضايا هذا بالمســـاعدة على إيضاح العملية ومســـاعدة فريق التخطيط على دقة التركيز. وعند هذه المرحلة يتعين إعادة النظر في بيان الرسالة والافتراضات الأصلية.

ويقـــدم هذا التقرير فرصةً لكي نصف وبصراحة حالة النظام الصحي بالمجتمع أو حالة المنظمة ويعمل على أنه نقطة البدء للتطوير اللاحق للخطة. وهذه نقطة حرجة في عملية التخطيط، إذ إنها تعرض البيانات القاعدية التي يمكن قياس أي تقدم بناءً عليها. كما أنها تثبت أن كل الأشـــخاص الذين تشملهم العملية متابعين على الصفحة ذاتهـــا، وأنهم متفقين على الافتراضات المبينة والتفهمات التي أنشـــأتها العملية حتى هذه المرحلة.

التفكير في الإستراتيجيات:

يمكن التفكير في اختيار الإســـتراتيجيات عند هذه المرحلة (بالرغم من ذلك هناك البعـــض من المخططين والذين يفضلون إرجـــاء هذه الخطوة لما بعد ذلك في العملية)، وفي حين ترتبط الإستراتيجيات عادةً مع التخطيط على مستوى المنظمة، فإنه لا يجب تجاهلها عند إجراء التخطيط على مســـتوى المجتمع. وتشير الإستراتيجية إلى النهج الشمولي الذي يتم اتخاذه استجابةً للتحديات المحددة حتى هذه المرحلة.

قـــد يعني ذلك في حالة التخطيط على مســـتوى المجتمـــع أن يتم الاختيار بين نهج الصحـــة الحكومية أو نهج الســـوق الحر أو النموذج التعليمـــي للتطوير أو نهج الجمع بـــين القطاعين العـــام والخاص. ويمكن اعتبار أي مما ســـبق على أنه إســـتراتيجية وتســـاعد باعتبارهـــا إطار عمل للتخطيـــط اللاحق. ويجب أن تفي أي إســـتراتيجية مطـــورة للتخطيط على نطـــاق المجتمع بعدة معايير، إذ ينبغـــي أن تحدد التوجه العام للمبادرة، وتنســـجم مع الموارد المتاحة وتقلل المقاومة وتصل إلى المجموعات المستهدفة الصحيحة، وأخيراً إعلاء رؤية المجتمع أو المنظمة.

وعلى مستوى المنظمة، فإن اختيار الإستراتيجية يعد أمراً حاسماً، فالإستراتيجية هي التي تمهد الطريق لما يأتي بعد ذلك من أنشطة تخطيط وتضع المحاور التي يتعين على واضعي الخطط العمل وفقاً لها. ومن أمثلة الإستراتيجيات التي يمكن للقائمين على التخطيط على مستوى المنظمة أن يتبعوها إستراتيجية الهيمنة على السوق وإستراتيجية التخصص الضيق والإستراتيجية الجانبية وإستراتيجية التحالف، وهذا قليل من كثير. (سنتناول في الفصل الثامن إستراتيجيات محددة بالتفصيل).

يجب أن يكون ما تم إجراؤه من أبحاث إلى هذه المرحلة قد نتج عنه قدر كاف من المعلومات حول بيئة التخطيط والقضايا التي يتعين معالجتها للسماح بتحديد إستراتيجية عامة على الأقل، في حين أنه قد لا يتم الوصول إلى النهج الإستراتيجي المحدد الذي سيُتبع، إلا أنه يمكن تقليل الخيارات على الأقل، وهو ما سيساعد على تركيز أنشطة التخطيط اللاحقة من خلال التخلص من الإستراتيجيات التي تُعد غير منتجة. ونجد أنه وفقاً لسيناريو التخطيط على نطاق المجتمع على سبيل المثال قد يتقرر أن تغيير أنماط الأساليب المعيشية للسكان يمثل مساراً أكثر واقعية للوصول إلى أهداف التخطيط من التحكم في تكوين المنشآت. ومن الواضح أن نهج التخطيط سيختلف تماماً إذا ما كان التركيز منصباً على تنظيم المنشأة. وبالمثل، فإن قرر مستشفى ما استناداً إلى البيانات المتاحة أنه لا يستطيع المنافسة المباشرة مع اللاعب الرئيسي في السوق، فإن اتخاذه لدور ثانوي أو إستراتيجية جانبية سيوجه التخطيط في مسار مختلف عما إذا تم اختيار نهج يميل إلى قدر أكبر من المواجهة.

اختراع المستقبل:

آخر ما يتم التفكير فيه عند هذه المرحلة الحاسمة هو وضع سيناريو يصف ما يأمُل المجتمع أو المنظمة أن تكون عليه في مرحلة محددة مستقبلاً. قد يتم التفكير في آفاق زمنية لخمس أو عشر أو خمس عشرة سنة. ويتعين إنشاء سيناريو يصف نطاق الخدمات المتخيلة وأنماط الإحالة أو الاستفادة، والحالة الصحية للمجتمع وغيرها من النقاط المحددة في المستقبل. فعلى مستوى المنظمة، ينبغي أن يصف السيناريو المنظمة كما هي متخيلة من حيث الخصائص المستقبلية مثل الحجم وتكوين طاقم العمل وخدمات الدعم والوضع في السوق وكذلك موقفها تجاه المنافسين وحجم الخدمات وأماكن التواجد وخليط من دافعي الفاتورة وأي خصائص أخرى تُعد مهمة.

ويمثل الوضع المستقبلي المرغوب فيه الهدف الذي تسعى عملية التخطيط إلى تحقيقيه. وبالطبع، ينبغي تقوية ما هو متخيل بما هو ممكن وما هو مثالي بما هو عملي. قد يكون هناك نهج ما يتمثل في تطوير مجموعات من أفضل السيناريوهات وأسوأها وما هو محتمل منها.

تطوير الخطة:

ينتج عن الجهد المبذول وصولاً إلى هذه المرحلة أساساً للتطوير الفعلي للخطة، فإذا تم القيام بالعمل المبدئي على أكمل وجه فستسير عملية التخطيط بسلاسة على الأقل من الناحية التقنية.

وضع الأهداف العامة (Goals):

الأهداف هي بيانات عامة حول الحالة المثالية التي ستكون بمثابة المقصد المرجو تحقيقه مستقبلاً. كما أنها تحدد الشكل المرغوب فيه لنظام الرعاية الصحية بالمجتمع أو بدلاً من ذلك الخصائص المستقبلية للمنظمة. ويمثل الهدف الإنجازات العامة التي تود المنظمة أن تحققها. كما أن الأهداف تمهد لما يتبقى من عملية التخطيط وذلك لكون جميع المكونات التالية مستمدة منها. وينبغي أن يعكس الهدف أو الأهداف المكونة المعلومات التي قدمها في التقرير الملخص المستند إلى تجميع المعلومات الأولية. وكما هو الأمر في أنشطة التخطيط الأخرى، فإنه ينبغي أن يتوافق الهدف مع معايير محددة قبل قبوله، بما في ذلك التوافق مع بيان الرسالة الخاص بالمنظمة.

تغلب المثالية على الأهداف عادة، وهو ما يصح تحديداً في سياق التخطيط على نطاق المجتمع. وقد تتطلب الأهداف على نطاق المجتمع «بناء نظام فعال وكفؤ يلبي احتياجات المجتمع بأسره». ومن ناحية أخرى، فإن الأهداف على مستوى المنظمة تكون أكثر دقة واتساقاً مع رسالة المنظمة وقد يتطلب ذلك، على سبيل المثال، «تخصيص فريق تقويم العظام باعتباره البرنامج الرئيسي للطب الرياضي في هذا الإقليم».

يتوقف عدد الأهداف التي يتم تحديدها على مدى تعقد وحجم المنظمة، وكذلك طبيعة القضايا المطروحة، ونوع التخطيط القائم. أما إذا كان نطاق التركيز ضيقاً، فقد يكون وجود هدف واحد أمراً مناسباً. من ناحية أخرى، فإن تعقد العديد من منظمات الرعاية الصحية يقود إلى تكوين أهداف متعددة. وقد يتم في نهاية الأمر تكوين أهداف دقيقة تخص قضايا محددة أو وحدات معينة داخل المنظمة.

تحديد الأهداف المحددة (Objectives):

تشير الأهداف المحددة إلى أهداف دقيقة يتعين الوصول إليها لدعم تحقيق الهدف العام (Goal). وتمثل هذه الأهداف العامة للكثير «التكتيكات» التي تدعم إستراتيجيات الخطة. ويجب تطوير هذه الأهداف المحددة باعتبارها استجابة للفرص أو المشكلات الكبيـرة التي يتم تحديدها ويجب أن تمثل حلول ممكنة (أو على الأقل جزء من الحل) لهذه القضايا.

بينما الأهداف العامة تُعد صياغات عامة، فيجب أن تكون الأهداف المحددة دقيقة للغايـة ومصاغـة بعبارات واضحة وموجزة. كما يجب أن تكون أية مفاهيم تسـتعمل فـي صياغة الهدف قابلة للتعريف الإجرائي. ويجب كذلك أن تكون الأهداف المحددة مقيدة زمنياً، وذلك من خلال تحديد مواعيد انتهاء واضحة لإنجازها. وأخيراً، يجب أن تكـون هـذه الأهداف المحددة قابلـة للتقييم. وهذه الخاصية حاسـمة وذلك لأن نجاح العملية سيُقاس من خلال مدى تحقيق هذه الأهداف المحددة. وهذه هي نقطة حاسـمة في عملية التخطيط لأن السمات الأساسية التي ستستعمل في التقييم يجب أن تكون قابلة للقياس.

يتم توضيح الأهداف بعبارات على النحو التالي: سـيتم تخفيض معدل الحمل بين المراهقـين بالمجتمع من (١٥٪) إلى (١٠٪) بنهاية عام ٢٠٠٥ (وذلك لدعم الهدف العام المتمثل في تحسين الصحة الإنجابية في المجتمع) أو: سيقوم قسم العظام بالمستشفى باستقطاب أخصائي طب رياضي خلال الاثني عشر شهراً التالية (وذلك لدعم الهدف العام المعلن والمتمثل في توسيع خطوط إنتاج خدمات العظام بالمنظمة).

يمكـن تحديد عدة أهداف لكل هـدف عام، لذا فلن يكون وجود أربعة أو خمسـة أهداف أمراً غريباً، إلا أن زيادة عددها إلى أكثر من هذا سـيكون غير عملي (وخاصةً إذا كان هناك أكثر من هدف عام واحد). ومن ثم يعد وجود أهداف متعددة أمراً شائعاً وذلـك لأنه من المتوقـع أن تكون هناك حاجة إلى إجراء ما علـى عدة جبهات مختلفة للوصـول إلى هدف عام معين. ويجب مراجعة الأهداف المحددة من جانب أي أطراف مناسبة أو ربما البعض من خارج المنظمة كالخبراء في نظام الرعاية الصحية المحلي.

قد يكون من المفيد أن يُنظم أعضاء فريق التخطيط على شكل لجان عمل وذلك لكل هدف محدد. ويجب أن تتعامل مجموعات العمل هذه مع العديد من القضايا الضرورية التي يتعين حلها (على سـبيل المثال الصحة الإنجابية والأمراض المزمنة). يسـهم هذا

النهج في تنسيق الجهود وتركيزها وهو ما يجعل لفريق العمل أكبر تأثير ممكن. أما على مستوى المجتمع، فيجب الاستعانة بمنظمات الدعم المناسبة وذلك لتقديم العون في تنفيذ الخطة ولإتاحة التعرض «لأفضل الممارسات» المتعلقة بمجالات خبراتها.

يجب تحديد وتقييم أي عوائق تعترض تحقيق الأهداف المحددة للنظام أو المنظمة، كما يجب تحديد مدى إمكانية التغلب على هذه العوائق. قد يجد كيان ما يقوم بممارسة متخصصة أنه يمكن زيادة حصته السوقية بشكل كبير من خلال تكليف نصف الأطباء لديه إلى المستشفى المحلي الآخر. إلا أنه وبعد قدر من التفكير وجد أن المنافس الأساسي الثابت في المنشأة الأخرى سيحدث ضجة تجعل أية ميزة معرضة للخطر. وفي حالة العوائق التي لا يمكن اجتيازها، فإنه يتوجب وببساطة التخلص من الهدف.

تحديد أولويات الأهداف Priortizing Objectives:

ينشأ عن عملية التخطيط عادةً عدد من الأهداف على القدر نفسه من الأهمية. وفي كثير من الحالات، قد لا يكون من الملائم السعي وراء تحقيق جميع الأهداف المحددة. وحتى إن لم يكن هناك مشكلة في أطقم العمل والمال والموارد الأخرى، فقد لا يكون من الممكن التعامل مع ذلك جميعاً داخل إطار زمني معقول أو السعي وراء تحقيق الأهداف في الوقت ذاته. ونتيجةً لذلك، فإن تحديد أولوية الأهداف تصبح خطوةً مهمة.

لا يوجد هناك إجراء مضمون من الخطأ لتحديد أولوية للأهداف، كما أن النهج المستخدم في تحديد الأولويات من المحتمل أن يختلف باختلاف الموقف. وأياً كان النهج المتبع، فيجب وجود إجماع على عملية تحديد الأولوية قبل وقت التنفيذ.

هناك عدد من الأسئلة التي يمكن طرحها للمساعدة في تحديد ترتيب الأولويات للتقدم نحو تحقيق الأهداف، في حين أن هذه الأسئلة قد تتعلق بصورة مباشرة بالتخطيط على مستوى المنظمة بشكل أكبر من التخطيط على نطاق المجتمع، إلا أنه يمكن تعديل معظمها لأي موقف. وتتضمن الأسئلة التمثيلية ما يلي:

- ما أكثر القضايا إلحاحاً، أو القضايا التي يمكن أن تقود إلى نتائج خطيرة؟
- ما القضايا المحورية، أو القضايا التي تسهم بشكل كبير ومباشر في تحقيق الرسالة والهدف؟

- مـا الأهداف التي يجب التعامل معها بصفتها متطلباً أساسياً لتحقيق أهداف أخرى؟
- ما الأهداف التي ستحقق أفضل العوائد لاستثمار التخطيط؟
- ما الأهداف التي يمكن تحقيقها بشكل أسرع وأيسر وبتكلفة أقل من الأهداف الأخرى؟
- ما الأهداف التي ستؤدي إلى أكبر قدر من النتائج الملموسة؟
- ما الأهداف التي سيكون لها التأثير الأكثر ديمومة و/أو التي يمكن أن تستمر على مدار الزمن ؟
- هل الأهداف ذات الفوائد قصيرة المدى أكثر أهمية من الأهداف ذات الفوائد طويلة المدى؟
- ما الأهداف التي تواجه أقل عدد من العوائق؟
- ما مستوى المخاطرة الذي تتصف به الاختيارات، وإلى أي مدى تعد المخاطرة قضية؟
- ما الأهداف التي ستنطوي على فوائد متعددة إذا ما تم تحقيقها؟
- ما الأهداف الضرورية لملئ فجوات مهمة بالخدمات أو معالجة الضعف التنظيمي.
- إلى أي مدى يمكن أن يكون هناك استجابة سلبية لتحقيق هدف ما؟

هناك تحد يتمثل في التعرف في البداية على المعايير ذات الأهمية القصوى. وقد يكون من الضروري استخدام مجموعة من المعايير داخل مبادرة تخطيط واحدة جراء طبيعة المشروع. ومن المتوقع أن يتسبب تطبيق هذه الأولويات في التخلص من بعض الأهداف التي قد لا تكون قابلة للتحقيق، وذلك رغم إنها كانت تبدو أفكاراً جيدة عند طرحها في البداية.

هناك أمرٌ آخر يتعين التفكير فيه عند هذه المرحلة، وهو إمكانية حدوث عواقب غير متوقعة تنتج عن تحقيق أي من هذه الأهداف. وعلى الرغم من أنه قد يبدو الأمر متبعاً، إلا أنه من الضروري تحديد العواقب المتوقعة من تحقيق كل هدف. ويجب أن يتضمن هذا تحديداً لكل من العواقب المتعمدة وغير المتعمدة. إلا أنه في كثير من الأحيان يُنظر إلى الجوانب الإيجابية الخاصة بالموقف بمعزل عن العواقب السلبية الناتجة عن السعي وراء الهدف.

تحديد الإجراءات:

إن الخطوة التالية في عملية التخطيط مهمة للغاية، إذ يحدد فيها فريق التخطيط الإجراءات التي سيقومون بها. يتعين تحديد مجموعة من الإجراءات لكل من الأهداف التي تم تحديدها (والتي نجت من عمليات التخفيض المتعددة). تقسم هذه العملية بالأساس الإجراء المتمثل في التحقيق بالأهداف إلى خطوات يمكن إدارتها. إن إيضاح الإجراءات الواجب القيام بها شيٌ وتحديد كيفية القيام بذلك شيٌ آخر. ولهذا السبب، يجب تطوير نهج تنفيذي يحدد المهام المطلوب القيام بها.

من المتوقع أن يتطلب كل هدف عدداً من الخطوات الإجرائية، وكما أن تحقيق هدف عام واحد يتطلب تحقيق العديد من الأهداف، فيجب القيام بعدة إجراءات لتحقيق الهدف. وتأخذ هذه الإجراءات نطاقاً عريضاً من الأشكال ابتداءً من أكثر أنشطة الدعم العادية وحتى المهام الأكثر تعقيداً. إن العديد من هذه الإجراءات تتضمن تسلسلاً معيناً وهو ما يمثل النقطة التي يمكن عندها تهذيب أو تصفية خطة المشروع الأصلية وذلك لتحديد تسلسل الخطوات الإجرائية.

تنفيذ الخطة:

من المؤكد أن التخطيط ما هو إلا تمرين، ولكنه تمرينٌ ذو معنى، أما النتائج فهي تأتي عقب تنفيذ الخطة. وتنشئ عملية التخطيط خارطة طريق يتعين على المجتمع أو المنظمة استخدامها للوصول إلى الأهداف. إلا أن هذه العملية (عملية التخطيط) تتوقف عادةً أثناء مرحلة التنفيذ. هناك قول يكثر تداوله وهو أن «الخطة النهائية ما تزال على الرف» وهو ما يعكس عادةً فشلاً في التنفيذ وليس أي عيب في الخطة نفسها.

إن الانتقال من التخطيط إلى التنفيذ أمرٌ صعب تحت أفضل الظروف، إذ إنه ينطوي على تسليم فريق التخطيط السلطة إلى فريق الإدارة. ويتعين تنفيذ الخطة على عدة مستويات مختلفة وداخل قطاعات مختلفة بالمجتمع أو أقسام المنظمة. ولهذا السبب، يتطلب تنفيذ الخطة مستوىً من التنسيق لا يوجد إلا لدى القليل من المنظمات وبالطبع القليل من المجتمعات.

يمكن القول إنه وإلى حد ما فإن التخطيط يُعد قولاً، في حين يُعد التنفيذ فعلاً. ولا يتعين تغيير سوى القليل جداً فيما يتعلق بالنظام أو المنظمة خلال عملية التخطيط

(رغـم أن بعض التغيير يحدث لا محالة باعتبـاره منتجاً ثانوياً). إلا أن خطة التنفيذ ستتطلب تغييراً كبيراً داخل المجتمع أو المنظمة. ومن المتوقع أن تؤثر هذه التغييرات في عمليات الإدارة وأنظمة المعلومات وثقافة المؤسسـة بالإضافة إلى أعمال روتينية معتادة.

يعد التنفيذ تحديداً بمثابة تحد بالنسـبة للمخططين على مستوى المجتمع. فليس من المتوقع أن تكون هناك منظمة واضحة تتحمل مسـئولية عمليـة التنفيذ. وتمثل عمليـة التخطيط عادةً تحالفاً لعدة منظمـات داخل المجتمع، ولا يمكن لمنظمة واحدة أن تديـر عمليـة التنفيذ (حتى وإن وافقت جميع المنظمـات الأخرى على ذلك). كما أنه ليس من المتوقع أن تكون هناك منظمة يمكنها التنسيق بين الأطراف المتعددة على المستويين الحكومي والخاص، والتي يجب أن تشارك في العملية. فمن المؤكد أنه داخل المنظمة توجد القدرة على تحديد مسـئولية تنفيذ الخطة، إلا أنه ستكون هناك دائماً صعوبات تتعلق باقتطاع وقت العاملين من مسئولياتهم القائمة. كما يزداد هذا التحدي بالنسبة للمديرين العاملين إلا إذا كانت الأنشطة التي أنشأتها الخطة تقع مسبقاً تحت مسئولية المدير بالفعل.

خطوات التنفيذ:

إن الاقتراب من تنفيذ الخطة بشكل منتظم يتطلب من فريق التخطيط تطوير خطة مفصلة للمشـروع ومصفوفة تنفيذ. ويمكن تطوير مصفوفة التنفيذ باستخدام جدول بيانات ويجب أن توضح لكل شـخص المهمة التي سـيقوم بها ومتى يتوجب القيام بها. كما ينبغي أن تدرج المصفوفة كل إجراء تتطلبه الخطة وأن تقسم كل إجراء إلى مهام إذا كان ذلك مناسـباً. ويجب تحديد الأطراف المسئولة عن كل إجراء أو مهمة، بالإضافة إلى أي أطراف ثانوية يجب انضمامهم إلى هذا النشـاط. ويجب أن توضح المصفوفة متطلبات الموارد (من حيث الوقت الذي يتطلبه طاقم العمل وكذلك الأموال والمتطلبات الأخـرى). كما ينبغي تحديد تواريخ بدء النشـاط وإنهائـه. ويجب كذلك تحديد أي متطلبات أساسية لإنجاز المهمة في بداية الأمر ووضعها في الاعتبار أثناء تنفيذ خطة المشـروع. وأخيراً، يجب إنشـاء نقاط مرجعية لكي يتمكن فريق التخطيط من معرفة توقيت اكتمال النشاط. (يعرض الشكل رقم (٥-٤) مثالاً لمصفوفة التنفيذ).

شكل (٥-٤) عينة مصفوفة التنفيذ

النشاط	الطرف المسئول	أطراف أخرى ذات علاقة	تاريخ بداية النشاط	موعد انتهاء النشاط	متطلبات الموارد	متطلبات أساسية سابقة	ملاحظات
المهمة ١							
المهمة ٢							
المهمة ٣							
المهمة ٤							
المهمة ٥							
المهمة ٦							
المهمة ٧							
المهمة ٨							
المهمة ٩							
المهمة ١٠							

تتحدد طبيعة مؤشرات إحراز التقدم المستعملة من خلال نوع الخطة. ففي العديد من الحالات، تكون المعايير التشغيلية مهمة. وقد تتعلق بمستويات الاستفادة أو تطوير المنشأة أو التغيرات في مستويات التوظيف بالإضافة إلى أشياء أخرى. كما يمكن وضع معايير إكلينيكية في عدة حالات، وقد تركز على النتائج مثل الانخفاض في معدل الوفيات بالمستشفى أو تحسن النتائج الجراحية. ومن المتوقع كذلك أن تتضمن العديد من خطط المعايير المالية. إن نجاح أنشطة التخطيط يمكن قياسها عادةً بمفاهيم تعود إلى عوامل مثل الإيرادات والأرباح والعائد على الاستثمار.

متطلبات التنفيذ:

يجب دمج متطلبات الموارد من مصفوفة التنفيذ وذلك لتحديد إجمالي متطلبات الموارد للمشروع. وسيحدد ذلك مدى احتياج المشروع لتمويلات تشغيلية واستثمار رأسمالي، بما في ذلك متطلبات المنشآت أو المعدات. بالإضافة إلى ذلك، يجب تحديد متطلبات الموارد البشرية وكذلك متطلبات النظام المعلوماتي. كما يجب إيضاح أي تغيرات تشهدها الحوكمة أو الإدارة بالإضافة إلى احتياجات التسويق المتوقعة. هذا وبمجرد اكتمال متطلبات الموارد، سيتم التعرف على إجمالي متطلبات الموارد الخاصة بالمشروع وذلك للمرة الأولى.

إن المتطلبات الأساسية لتنفيذ الخطة المذكورة آنفاً لابد أن تتضمن مشاركة الجهات التي تضع الموازنات المالية. ففي حقيقة الأمر، يمكن عزو إخفاق العديد من مبادرات التخطيط إلى عدم القدرة على تحويل الخطط إلى موازنات. وهذا الأمر يمثل تحدياً أمـام أي منظمة وكلما قصر الإطـار الزمني ازداد التحدي. ويمكـن اعتبار العملية المتعلقـة بالموازنة نقيضاً لعملية التخطيط الإسـتراتيجي من حيـث إنها تمثل تهذيباً لمتطلبات الموازنة الحالية وليس دراسة استباقية لاحتياجات المنظمة المستقبلية. ولهذا السـبب يجب أن تحتوي عملية التخطيط على تلك الأطراف بالمنظمة الذين يُتوقع أن يؤثروا في عملية الموازنة.

يجـب التعامل مع متطلبات التنفيذ في ضوء التمويل المتاح وأي قيود مالية أخرى. كمـا أن حقيقة كـون الموارد المالية محدودة في العادة يعنـي احتمال وجود حاجة إلى إجراء تعديلات في خطة التنفيذ. وقد يعني هذا ضرورة تأخير الأنشطة أو تعديلها أو إزالتها كلياً. وهذا أحد أسباب وجوب تحديد أولوية الأهداف عند صياغة الخطة.

طرق التنفيذ:

سـيتضمن تنفيذ الخطة على مسـتوى المجتمع تنوعاً عريضاً للمنظمات المجتمعية وهـو ما يوجد تحدياً إدارياً محتوماً لجهود التخطيط الصحـي على نطاق المجتمع. ويمكن في بعض الحالات اسـتخدام السـلطة المخولة للكيان القائم بالتخطيط لإنفاذ التغييرات من خلال جهود رقابية. إلا أنه في معظم الحالات يجب أن تكون التغييرات إرادية بحيث تركز العملية على المزيد من التعليم والإقناع والتنسيق بدلاً من السيطرة. أما على مستوى المنظمة، فإن الوسائل المستخدمة في تنفيذ الخطة ستتعدى بالضرورة مختلف الإدارات والوحدات.

من المتوقع أن تستخدم عملية التنفيذ كلاً من الطرق المباشرة وغير المباشرة. وقد تم التعامـل مع طرق التنفيذ المباشـرة إلى حد ما من خـلال تطوير مصفوفة التنفيذ وتحديد متطلبات الموارد. تتم الاسـتفادة من أنشطة وضع الميزانية التي تساعد على تخصيص الموارد في تيسـير الخطة بشـكل مباشـر. وقد تتضمن الوسائل المباشرة إحداث تغييرات في السياسـات والإجراءات للسـماح بحدوث عدة أنشـطة. أما في حالة التخطيط على نطاق المجتمع، قد تنطوي الطرق المباشـرة على سـن لوائح تؤثر في الأنشـطة أو الفعاليات الخاصة بمنظمات الرعاية الصحية. ومن المؤكد أنه يمكن للخطة على مستوى المنظمة أن تتطلب إجراء تغييرات في الهيكل التنظيمي أو عمليات

الإدارة أو كل منها. ويتوقف مدى الاستفادة من طرق التنفيذ المباشرة على نوع المنظمة ونمط الخطة.

يمكن أيضاً الاستفادة من طرق التنفيذ غير المباشرة وهي غير مباشرة من حيث إنها تدعم تنفيذ الخطة بدلاً من أن تُسهم بشكل مباشر في القيام بالمهمة. وقد تتضمن هذه الوسائل على مستوى المنظمة إجراء تغييرات في المنشآت الحسية التي تسمح بحدوث أنشطة محددة. يمكن استخدام عدة أشكال من الاتصال في دعم عملية التنفيذ. كما يمكن القيام ببعض الإجراءات لتفعيل الخطة الرمزية التي تمنح الدعم النفسي.

قد تتناول أكثر الطرق غير المباشرة شمولاً العقلية المجتمعية أو الثقافة المؤسسية للمنظمة. وعلى مستوى المجتمع، فإن التركيز قد ينصب على إيجاد بيئة تشجع أساليب معيشية وأنماط سلوكية صحية. وسيتعين في كثير من الحالات تعديل الثقافة المؤسسية من أجل تنفيذ الخطة على المستوى المؤسسي. أما إذا لم تكن ثقافة التخطيط موجودة بالفعل، فسيتعين دمج ذلك في الثقافة. وإذا كانت الثقافة تركز وبشكل ضيق على الوحدات التنظيمية، فقد يتعين استحداث طريقة أخرى للتفكير وذلك من أجل تطبيق الخطة عبر الوحدات التنظيمية.

«المنتجات» التي تنشأ عن عملية التخطيط:

تعد وثيقة الخطة بمثابة أكثر المنتجات الملموسة والمستخلصة من عملية التخطيط. وذلك لكونها توثق العملية وتلخص المعلومات السابقة وتضع الرؤية المطورة خلال العملية، كما تصف كيفية تحقيق هذه الرؤية. كما يجب أن تشتمل هذه الوثيقة على خطة تنفيذ تحدد الخطوات الواجب اتباعها لتحويل الخطة إلى إجراء.

كما يجب أيضاً أن تضع العملية قاعدة بيانات للمعلومات المتعلقة بالمجتمع و/أو المنظمة والتي يمكن استخدامها في دعم أنشطة التخطيط المستقبلية وحتى المشاريع التي ليس لها صلة. وفي بعض الحالات قد تصبح الخطة في طي النسيان ولكن يبقى إرثها المتمثل في قاعدة البيانات الشاملة حول المجتمع أو المنظمة. وفي الحقيقة، ينبغي أن يكون إنشاء مثل هذا المورد هدفاً صريحاً لأي عملية تخطيط. ويمكن تحديث قاعدة البيانات والإضافة إليها وتطويرها بمرور الوقت وذلك لكي لا تدعم المشروع فحسب ولكن لكي تدعم الجهود المستقبلية من مختلف الأنواع.

وهناك منتجات أخرى غير ملموسة أو أقل بالنسبة لمستوى إدراكها والشعور بها، ومنها منظور جديد يتعلق بطبيعة النظام أو المنظمة، وتحديد الموارد المتاحة (والتي قد لا تكون معروفة حتى وقتنا الحالي)، وفهم جديد للاعبين في المجتمع أو داخل المنظمة، وغير ذلك.

بل إن هناك منتجاً غير ملموس أكثر أهمية وهو إنشاء عملية تخطيط يُرجى أن تبقى بعد نهاية المشروع المستقل. ولتتذكر عزيزي القارئ أن «الخطة لا شيء ولكن التخطيط هو كل شيء»، فإذا تم غرس طريقة التفكير الخاصة بالتخطيط في الذهن، فسيتواصل بقاء العملية. وينبغي أن يتم إنشاء التخطيط باعتباره جزءاً متأصلاً في العملية وليس باعتباره حدثاً عرضياً. ويجب تطوير طريقة التفكير هذه لتصل إلى المرحلة التي يتوقف فيها صناع القرار ويفكرون في «الخطة» قبل اتخاذهم لأية قرارات مهمة.

قد يتداخل تقييم العملية مع تقييم المحصلة في عدة مراحل. فعلى سبيل المثال، مجرد الإبلاغ عن عقد اجتماعات تخطيط بصفة منتظمة ليس كافياً، كما يجب أن يقيس تقييم العملية مدى تحقيق هذه الاجتماعات النتائج المرجوة منها. إن لكل من نوعي التقييم دوراً يجب القيام به في المشروع. يمكن من خلال الاسترشاد بخطة المشروع مراقبة العملية وتقديم تقارير عن مدى التقدم بشكل منتظم.

خطة التقييم:

إن فكرة تقييم مشروع التخطيط يجب أن تكون أول ما يتم التفكير فيه في اليوم الأول للعملية. كما يجب دمج التقييم داخل العملية ذاتها. وتتمثل أهمية التقييم في تحديد مدى نجاح العملية، وهذا الأمر يهم هؤلاء المشتركين في العملية وكذلك أي أطراف يمكن أن تحدد قيمة مبادرة التخطيط. فعلى سبيل المثال، سترغب الجهات المقدمة للمنح والتمويلات عادةً في معرفة عدد الأشخاص الذين وصلتهم المبادرة واستفادوا منها بالإضافة إلى معرفة ما إذا كان للمبادرة التأثير المرجو في مستوى المجتمع. وقد ترغب المجموعات المجتمعية في استخدام نتائج التقييم في إرشادها أثناء اتخاذ قرارات تخص برامجهم ومعرفة الأوجه التي يبذلون فيها جهودهم. كما أنه من المتوقع بشدة أن يهتم الباحثون بإثبات ما إذا كانت هناك تحسينات في صحة المجتمع قد تحققت بالفعل بفضل برامجك أو مبادراتك.

تركز أساليب التقييم على نوعين من التحليلات: تحليل العملية (التحليل التشكيلي) وتحليل النتائج (التحليل التراكمي). ويقوم النوع الأول بتقييم الأنظمة والإجراءات

وعمليات التواصل والعوامل الأخرى التي تسهم في تشغيل البرنامج بكفاءة. أما تقييم المحصلة فيركز بشـكل أكثر على النتائج النهائية أو ما يتم تحقيقه في النهاية. ويقوم تقييم العملية بقياس الكفاءة، في حين أن تقييم المحصلة يقيس الفعالية (Adams and Schvaneveldt, 1991).

ويجب أن يشـمل التقييم مراقبة مستمرة لعملية التخطيط، بما في ذلك المعايير و/ أو النقاط المهمة في التقييم، وسـيتطلب هذا الأمـر إيضاح الأهداف العامة والأهداف المحددة وراء مبادرتك. ووفقاً لصندوق أدوات المجتمع Community Tool Box (والمطور من جانب جامعة كانساس)، فإنه يتعين معالجة القضايا التالية خلال عملية التقييم.

- القضايا الخاصة بالتخطيط والتنفيذ: ما درجة جودة تخطيط البرنامج أو المبادرة، وما مدى إجادة تنفيذ الخطة؟
- تقييم تحقيق الأهداف: ما درجة تحقيق البرنامج أو المبادرة لأهدافها المقررة؟
- التأثير في المشاركين: ما حجم ونوع الفارق الذي أحدثه البرنامج أو أحدثته المبادرة لأهدافها الخاصة بالتغيير؟
- التأثيـر في المجتمع: ما حجم ونوع الفارق الذي أحدثه البرنامج أو أحدثته المبادرة في المجتمع ككل؟

إن تجميـع البيانات وإجراء المقارنة المعيارية هي أمورٌ في غاية الأهمية لفهم مدى التقدم والتحسـينات المجتمعيـة. كما أن توثيق عملية التغيير على مسـتوى المنظمة أو المجتمـع تعـد بمثابة مهمة مسـتمرة ينبغي حدوثها بصفة منتظمـة. وينبغي على المخططين على مسـتوى المجتمع إبلاغ الجمهور بأحدث التطورات وينبغي كذلك على المخططين على مسـتوى المنظمة أن يضعوا الأطراف الرئيسـة والمعنية بالمنظمة بآخر التطورات والمستجدات.

وعند تحديد الأسـئلة التي سـيجاب عنها من خلال التقييم تأتي الخطوة التالية وهـي اختيار الطـرق الأكثر ملاءمة للتعامل مع هذه الأسـئلة. ومن هذه الطرق التي يمكن اسـتخدامها: نظام الرقابة والتغذية الراجعة، إجراء دراسـات مسـحية لآراء الأعضاء تجاه المبادرة، تقرير تحقيق الأهداف، إجراء دراسات مسحية سلوكية، إجراء مقابلات مع أهم المشـاركين، وبالنسـبة للتخطيط على نطـاق المجتمع هناك طريقة مؤشرات التأثير في مستوى المجتمع.

وعلى الرغم من الإشـــادة عادةً بأساليب التقييم لموضوعيتها فهي أيضاً مفيدة في مجال الرعاية الصحية، إذ لا يمكن وضع قيمة مالية لكل شـــيء. ولهذا، يمكن لتحليل كفـــاءة التكلفـــة أن يأخذ في الاعتبار الجوانب غير الملموســـة لعملية تقديم الخدمات أثنـــاء تقييمها؛ لذا فمن المتوقع أن تكون التحاليل الصارمة للتكلفة/المنفعة أقل ملاءمة لاستخدامها في الرعاية الصحية مما هو الأمر في غالبية المجالات الأخرى.

المراجعة وإعادة التخطيط:

وكما ذكرنا من قبل، فمن غير المتوقع أن تكتمل الخطة الصحية دون أن تخضع لأي تعديلات بشكل من الأشكال؛ لذا فإن هذا النوع من المراجعة السريعة يعد أمراً محتوماً فـــي بيئة تشـــهد تغييرات متعاقبة. وفي نهاية فترة التخطيـــط، من المهم إعادة تقييم الخصائـــص الداخلية للمنظمة وحالة البيئة الخارجية. ويجب طرح أســـئلة مثل: ما التطورات التي حدثت لاحقاً والتي ستؤثر في الخطة أو تنفيذ بنودها؟ ما الإجراءات التـــي تم اتخاذهـــا لدعم الخطة والتي لـــم تكون متوقعة الحدوث؟ هـــل كانت هناك تطـــورات أثرت فـــي متطلبات الموارد؟ هل أثرت الإجراءات من جانب المنافســـين في «التوازن الإستراتيجي»؟

ويجب عادةً مراجعة كل مكون في عملية التخطيط مع وضع هذه الأمور في الاعتبار. كمـــا يجـــب مراجعة الافتراضات مع بيان الرســـالة. ويتعين كذلـــك تحديث البيانات المعيارية لتتضمن الفترة الزمنية المنقضية منذ بدء عملية التخطيط. وسيعتمد التركيز هنا بالطبع على نوع الخطة.

يجب مراجعة الإســـتراتيجية المختارة وذلك لتحديد ما إذا كانت ما تزال الأسلوب الأمثل في حالة وجود تغيرات محتملة في بيئة العمل. فعلى ســـبيل المثال، هل فشلت الإستراتيجية التعاونية المنتقاة بسبب ظهور منافسة غير متوقعة من جانب «المتعاونين»؟ ويجـــب إعادة التحقق من الأهداف العامـــة والأهداف المحددة للتأكد من أنها ما تزال مناسبة في ضوء أي تغيرات في البيئة الداخلية أو الخارجية.

يُتوقـــع من الناحية الواقعيـــة أن تتطلب عملية التخطيط تحـــولاً كبيراً في العقلية التي تدور بها غالبية منظمات الرعاية الصحية. هذا ولكي تتواصل عمليات المراجعة وإعـــادة التخطيط يتعين على المنظمة أن تصبح وبحق «منظمة تخطيط». وســـيتطلب مستوى الالتزام أن يصبح التخطيط جزءاً متأصلاً في الثقافة، وإذا ما تم تحقيق ذلك فستسير الأنشطة المذكورة أعلاه بيسر.

المراجع:

- Adams, G. R., and J. D. Schvaneveldt (1991). Understanding Research Methods. New York: Longman.

مصادر إضافية:

- American Health Planning Association. Health planning tools at URL:www.ahpanet.org.
- Fawcett, S. B., Harris, K. J., Paine Andrews, A., Richter, K. P., Lewis, R. K., Francisco, V., Arbaje, A., Davis, A., Cheng, H. in collaboration with Johnston, J. (1995). Reducing risk for chronic disease: an action planning guide for community based initiatives.
- Lawrence, KS: Work Group on Health Promotion and Community Development, University of Kansas.
- National Association of County and City Health Officials, Mobilizing for Action Through Planning and Partnerships. Web-based planning guide at URL: http://ctb.lsi.ukans.edu.
- Public Health Foundation (1999). Healthy People 2010 Toolkit: A Field Guide to Health Planning.
- Washington, DC: Public Health Foundation.
- University of Kansas, Community Toolbox. Web-based planning guide. URL: http://ctb.lsi.ukans.edu.

الفصل السادس
عملية التقييم المجتمعي

مقدمة:

يُعـــد عنصر التقييم المجتمعي جزءاً مهماً من عملية التخطيط على نطاق المجتمع. وســـيكون أي تخطيط بمثابة «اصطياد في الظلام» دون وجـــود هذا التقييم باعتباره أساســـاً لعملية التخطيط. فالمخططون لن يفتقروا فقط إلى فهم عام للبيئة، ولكن لا يمكن كذلك تقدير تفرد المجتمع.

ويعـــرض هذا الفصـــل إطاراً عاماً لكيفيـــة إجراء التقييم المجتمعـــي. فهو يحدد الخطوات المتبعة فـــي التقييم للتحضير لتنفيذ عمليـــة التخطيط. والإطار المعروض هو عام نسبياً، وينبغي على المخطِط أن يدرك ضرورة تكييف الإطار مع وضع المجتمع المقصود بالتخطيط.

تنطوي الخطوة الأولى في عملية التقييم المجتمعي على تكوين صورة عامة للمجتمع ونظـــام الرعايـــة الصحية الخاص به. وستشـــتمل هذه العملية علـــى مراجعة للمواد الأساســـية ذات الصلة ومقابلات مع مشاركين رئيسيين في النظام الصحي المجتمعي. والهدف من ذلك هو تكوين معلومات أساســـية كافية عن المجتمع لتتم صياغة ما تبقى من الخطة بعناية.

ينبغي أن تشـــتمل «مراجعة الأدبيات الســـابقة» على أي مواد تم إعدادها عن نظام الرعاية الصحية المحلي. فربما نُشـــرت مقالات صحفية تشـــرح جوانب مختلفة من النظام كما أن العديد من المجتمعات تنشـــر منشـــورات ذات صلة بالصناعة الصحية. وينبغي أن يشـــتمل اســـتعراض المواد المطبوعة على أي خطط ســـابقة تم وضعها وأي مشـــاريع بحثية أو دراسات استشارية تم إجراؤها. ومن المرجح قيام باحثين جامعيين بإجراء دراســـات على نظام الرعاية الصحية المحلي، كما أن هناك مؤسسات حكومية تقـــوم في كثير من الأحيان بجمع تقارير عن جوانـــب مختلفة من النظام، وربما كانت المنشـــآت الصحية قد قدمت للمؤسســـات الحكومية طلبات شهادات حاجة أو تقارير أخرى، وتكون هذه في الغالب مسألة سجل عام.

ويشـــتمل العنصر الثاني من هذه المرحلة من جمـــع المعلومات على إجراء مقابلات مع أشخاص مطلعين من داخل المجتمع، ومن داخل المؤسسة الطبية وخارجها. وينبغي أن تتضمن المقابلات أي شـــخص يشـــارك حالياً في أي أنشطة تخطيط مجتمعي إلى جانـــب ممثلين عن كبـــرى منظمات الرعاية الصحية بالقطـــاع الخاص وقادة الصحة العامة وممثلي الأطباء، كما ينبغي أن تشـــتمل على كبـــار صناع القرارات وقادة الرأي والشخصيات السياسية المؤثرة.

فـــي حين أن القصد هو تكوين صورة عامـــة لنظام الرعاية الصحية المجتمعية، إلا أن هذه العملية تُعد فرصة لتحديد أي قضايا كبرى من منظور الأشخاص الذين تمت مقابلتهـــم. فينبغي على وجه الخصوص تحديد القضايا التي تدفع عملية التخطيط، وذلك لأن هذه القضايا تسلط الضوء على أنشطة التقييم اللاحقة. كما ينبغي أن تقوم هـــذه العملية بتحديد بعض المعلومات الرئيســـية التي ربما تعد موارد مفيدة في وقت لاحق في عملية التخطيط.

كما ينبغي أن يحدد البحث الخاص بالمعلومات الأساسية عملية صنع القرار لنظام الرعايـــة الصحية الخاص بالمجتمع، على الأقل للحد الذي يمكن عزلها عنده. ويتعين أيضـــاً معرفة كيفية اتخاذ القرارات التي تتعلق بإنفاق أموال الرعاية الصحية العامة؟ وما منظمات الرعاية الصحية التي لها نفوذ سياسي؟ ومن يتمتع بالدعم الشعبي في المجتمع؟ وما المؤسسات الحكومية المشاركة؟

وينبغـــي تحديد أية عقبـــات محتملة قد تعترض مبادرة التخطيـــط باعتباره جزءاً مـــن هذه العملية، وينبغـــي عندئذ تحديد الأفراد أو المنظمات المقاومة بشـــكل واضح لعملية التخطيط، كما ينبغي تحديد الأنماط الثابتة من السلوك التي يجب أخذها في الاعتبـــار. وتصبح هذه التفهمات المتعلقـــة بالعقبات جزءاً من الافتراضات التي تدفع عملية التخطيط.

التقييم البيئي:

بمجرد تكوين فهم أساســـي للمجتمـــع ونظام الرعاية الصحيـــة الخاص به يمكن الشـــروع في عدد من أنشـــطة أخرى خاصة بجمع البيانات. وتشـــمل الخطوة الأولى في عملية جمع البيانات الرســـمية على تقييم بيئي، ويُنظر إلى «البيئة» هنا بمفهومها الواسع، بحيث تشتمل على أي جانب من المجتمع على أي مستوى قد يُفسر بأن له آثاراً في أنشطة التخطيط المجتمعي. ويجب أن يبدأ التقييم على المستوى الوطني وأن يتم

تنفيذه نزولاً إلى المستوى الذي يتم فيه التخطيط. وهكذا، ينبغي أن يشتمل التحليل على المستوى الوطني وكذلك المستوى الإقليمي (إذا كان ذلك مناسباً) ومستوى الولاية وأن يشتمل في النهاية على مستوى المجتمع محل الدراسة.

الاتجاهات المجتمعية:

ينبغي تحليل الاتجاهات المجتمعية العريضة كما ينبغي النظر في آثارها في البيئة المحلية. ويجب أن تشتمل هذه الاتجاهات المجتمعية على الاتجاهات الديموغرافية والاعتبارات الاقتصادية واتجاهات أساليب المعيشة وحتى التحولات في الاتجاهات. وهناك أمثلة وفيرة على الاتجاهات ذات الصلة. فعلى سبيل المثال، تعد أكثر الاتجاهات الديموغرافية أهمية والتي يتسم بها المجتمع الأمريكي هي الشيخوخة العامة للسكان بالإضافة إلى تحرك جيل الطفرة الكبير نحو نطاق منتصف العمر، ويتسم هذا الاتجاه بتأثيره الكبير في تقديم الرعاية على المستوى الوطني، وهناك مجتمعات محلية قليلة لن تتأثر بالاتجاهات الديموغرافية المرتبطة بالعمر. ويعتبر التنوع العرقي والإثني المتزايد الذي يميز المجتمع الأمريكي مثالاً آخر على الاتجاه الديموغرافي على نطاق المجتمع والذي يؤثر في الرعاية الصحية.

كما أن الاتجاهات الاقتصادية العريضة هي أيضاً محل اعتبار نظراً لأن الظروف الاقتصادية تؤثر في كل من الحالة الصحية والسلوك الصحي. ويكون لفترات الازدهار الاقتصادي آثار مختلفة في الرعاية الصحية مقارنةً بفترات الركود أو الانكماش الاقتصادي. وبالمثل، فإن حالة الاستخدام الكاملة تؤثر في الرعاية الصحية بشكل مختلف عن حالة ارتفاع معدلات البطالة. وهذه الظروف الاقتصادية لها آثار في الحالة الصحية والسلوك الصحي وقدرة السكان على الدفع للرعاية الصحية.

ويُعد تغيير الأساليب المعيشية الوطنية اتجاهاً آخر له آثار في الرعاية الصحية. ويشتمل المثال الحالي على الوعي بأهمية الصحة واللياقة البدنية الذي يميز الكثير من سكان أميركا. ونشأ عن «الولع» باللياقة البدنية الذي بدأ في ثمانينيات القرن العشرين إقبال غير مسبوق على النوادي الصحية والغذاء الصحي والسلع الرياضية والطب الرياضي. ويليها مباشرة الاهتمام بمجال الطب البديل بما في ذلك التركيز على الأدوية العشبية.

وتُعد الاتجاهات في مواقف المستهلكين مجال استطلاع آخر، حتى التغييرات في هذه الاتجاهات على المستوى الوطني قد يكون لها آثار في المجتمعات المحلية. وتشمل

أمثلة ذلك الرعاية الصحية المنزلية. فحتى ثمانينيات القرن العشرين كان عامة الناس يعتبرون الرعاية المنزلية بديلاً أقل من المرغوب فيه عن الرعاية الصحية في المستشفيات. ومع ذلك، فقد أصبح الكثيرون ينظرون إلى الرعاية المنزلية على مدى العقد الماضي أو نحو ذلك باعتبارها الوضع المرغوب فيه حيثما كان ذلك ممكنا.

اتجاهات الصناعة الصحية:

ينبغي دراسة التطورات في صناعة الرعاية الصحية لتحديد أية اتجاهات على المستوى الوطني أو مستوى الولاية التي قد تؤثر في المجتمع المحلي. ويمكن أن يشمل هذا الاتجاهات في الترتيبات المالية (التي ستتم مناقشتها أدناه) أو تغيير الهياكل التنظيمية داخل منظومة تقديم الخدمات أو استحداث طرق علاج جديدة. وما زال الاتجاه بعيداً عن رعاية المرضى داخل المستشفى لصالح رعاية المرضى خارجه عاملاً رئيسياً في ساحة الرعاية الصحية. وتشتمل الأمثلة الحديثة حول الاتجاهات الأخرى بالقطاع على النمو السريع في الجراحة التجميلية والاهتمام الحالي بإعادة التأهيل.

وهناك اتجاه حديث آخر في الصناعة وله آثار في تقديم الرعاية الصحية وهو ظهور سلاسل كبيرة على المستوى الوطني ساعية للربح تمارس تأثيراً هائلاً في نظام الرعاية الصحية. كما شهدت السنوات الأخيرة ظهور أرباب العمل وتحالفاتهم باعتبارهم لاعبين رئيسيين في بيئة الرعاية الصحية.

التطورات التنظيمية والسياسية والقانونية:

يمكن القول بأن ما يحدث داخل قطاع الرعاية الصحية يتأثر إلى حد كبير بالتطورات خارج الرعاية الصحية. فيوجد على المستوى الفيدرالي وعلى مستوى الولاية عدد من الوظائف التنظيمية ويمكن بجرة قلم تغيير بيئة الرعاية الصحية بشكل كبير. فالقوانين الفيدرالية التي تنظم تشغيل برامج «ميديكير» وبرنامج «ميديكيد» هي حالة مهمة محددة. ومن ناحية أخرى، فإن الولايات تتحمل مسئولية رئيسية للترخيص للمنشآت الصحية وللأفراد العاملين بها. فيمكن لمؤسسات الولاية أن تقوم بين عشية وضحاها بسن أحكام تغير ميدان الممارسة بشكل كبير في مجال العمل. وهناك أمثلة كثيرة على قيام مؤسسة ما بالولاية بوقف بناء دار لرعاية المسنين أو وقف تراخيص رعاية صحية منزلية أو أن تقرر مؤسسة حكومية ما السماح لفئة من الممرضات بكتابة

وصفات طبية. ورغم أن هذه الأمور تنطوي على توجيهات بيروقراطية ضيقة، ولكن قد يكون لمثل هذه القرارات آثار مهمة في العديد من منظمات الرعاية الصحية.

وتتسم البيئة السياسية وبشكل واضح بآثارها المباشرة وغير المباشرة في عمل نظام الرعاية الصحية، وعلى الرغم من عدم سن أي تشريع نتيجة لمبادرة الإصلاح الصحي الخاصة بإدارة الرئيس بيل كلينتون في أوائل تسعينيات القرن العشرين، إلا أن البيئة الناشئة آنذاك نتيجة للحوار الوطني شجعت العديد من منظمات الرعاية الصحية على الاستعداد تحسباً لمبادرات الإصلاح المحتملة. إن تعامل وكالة تابعة لولاية ما مع عملية شهادة الحاجة لمنشأة صحية جديدة، حتى عندما لا تكون شهادة الحاجة متطلباً من الأساس في تلك الولاية يعكس البيئة السياسية للولاية.

كما أن الأنشطة القانونية على الصعيد القومي والمحلي وعلى صعيد الولاية لها تأثير في نظام الرعاية الصحية المحلي. وهناك أمثلة عديدة على التشريعات الحديثة على المستوى الوطني التي أثرت في أنماط الإحالة للطبيب، ومدة الإقامة بالنسبة للنساء اللاتي يلدن وقدرة المرضى على مقاضاة منظمات المحافظة على الصحة. وبالرغم من أنه يتم التعامل مع المزيد من القضايا القانونية على مستوى الولاية فغالباً ما يكون لها انعكاسات مهمة على نظام الرعاية الصحية المحلي.

تطورات التقنية:

يمكن أن يكون للتطورات في مجال التقنية تأثير كبير في مسار نظام الرعاية الصحية. فقد كان تاريخ الرعاية الصحية حافلاً بالتطورات التقنية إلى حد كبير. وعلى الرغم من حدوث بعض الإنجازات التقنية الكبرى خلال الأعوام القليلة الماضية، إلا أن هناك مجموعة متنوعة من التحسينات في التقنية المتاحة كان لها تأثير في مسار نظام الرعاية الصحية. فأدى طرح أدوية جديدة إلى تغيير طريقة معالجة مشكلات الصحة السلوكية، كما أن التحسينات في معدات الطب الحيوي جعلت الرعاية المنزلية أكثر جدوى للعديد من الحالات، وأسهمت أساليب الجراحة المجهرية في التحول من رعاية داخل المستشفى (مرضى داخليين) إلى رعاية في العيادات الخارجية.

ومن المرجح أن يكون التطور التقني التالي والمهم في مجال إدارة المعلومات. فالجهود المبذولة من جانب المجتمعات في تطوير نظم إدارة معلومات صحية مجتمعية تتيح المشاركة في بيانات المرضى تدل على الاتجاه نحو مزيد من إدارة المعلومات المتطورة.

اتجاهات تمويل النفقات:

يمكن تقديم حجة قوية على أن ترتيبات التمويل المتاحة لتوفير الرعاية هي العامل الرئيسي في تحديد طبيعة نظام الرعاية الصحية. ويمكن في واقع الأمر رد معظم المعالم الرئيسية في تاريخ الرعاية الصحية الأمريكي إلى أحداث ذات صلة بالتمويل. ومن أبرزها تطبيق التأمين الصحي وسن برامج «ميديكير» وبرامج «ميديكيد» واستحداث إدارة تمويل الرعاية الصحية لنظام الدفع المحدد مسبقاً خلال ثمانينيات القرن العشرين، وأدى ظهور ترتيبات التمويل المبتكرة والتي تشمل منظمات المحافظة على الصحة (HMOs) ومنظمات المزود المفضل (PPOs) وغيرها من الكيانات خلال السنوات الأخيرة إلى تغيير مشهد الرعاية الصحية. الرعاية المدارة هي التي تقوم الآن بتحريك الاتجاه المستقبلي لنظام الرعاية الصحية.

قد تتأثر قضايا التمويل بجميع مستويات الحكومة بالإضافة إلى الطرف الثالث الدافع للفاتورة من القطاع الخاص. وتوجد أمثلة محددة على تأثير تغيير اللوائح في مجالات السداد لرعاية المرضى الخارجيين والسداد للطبيب. وكان للتغيرات في طريق دفع فاتورة الرعاية والتي شجعت على استخدام خدمات العيادات الخارجية بدلا من خدمات رعاية المرضى داخل المستشفيات تأثير هائل في تشغيل نظام الرعاية الصحية، وحملت التغييرات في الإجراءات التي يقوم من خلالها برنامج «ميديكير» بالسداد لأطباء الرعاية الصحية الأولية بالنسبة إلى المتخصصين عدة مضامين أو رسائل للممارسين الطبيين.

ربما تكون قضايا التمويل المحلية على القدر نفسه من أهمية الاتجاهات الموجودة في البرامج الوطنية. ومن المرجح أن يتم وبشكل محلي تمويل شبكة الأمان التي تخدم المعوزين طبياً. وقد يكون لتخفيض تمويل المستشفى العام أو العيادات الخيرية الخاصة بالمجتمع تأثير فوري ومثير للقلق في رعاية المعوزين طبياً. ويمكن أن يكون للتغيرات في برنامج الميديكيد والذي تديره الولاية كذلك آثار مدمرة في توفير الرعاية للسكان المتأثرين.

تجميع البيانات القاعدية:

يؤسس التقييم البيئي الخلفية التي يتم إجراء المزيد من التحليل وفقاً لها. وتشتمل الخطوة التالية في عملية تجميع البيانات على إيجاد بيانات أساسية حول المجتمع، وتضع هذه البيانات القاعدية أساساً لعملية التخطيط ولأي مقارنات مستقبلية ومقياساً

يتم على أساسه قياس نجاح عملية التخطيط. وتحدد هذه العملية من، وماذا، ومتى، وأين، وكيف، وهي تساؤلات تتعلق بالمجتمع ونظام الرعاية الصحية الخاص به.

تكوين صورة عامة عن المجتمع:

يكون ترسيم «المجتمع» واضحاً في معظم الحالات من حيث إنه الوحدة الجغرافية التي تأتي ضمن اختصاص الجهة الحكومية المشاركة في التخطيط؛ ولكن نجد حالات لا تكون فيها حدود المجتمع واضحة المعالم، فقد يتم مثلاً إنشاء هيئة تخطيط إقليمية لتلبية احتياجات منطقة تتجاوز حدود الولاية وتشتمل على عدد من المقاطعات. ويتطلب ترسيم حدود «المجتمع» في هذه الحالة نهجاً مختلفاً. ويمكن استخدام الأساليب المطورة لتحديد منطقة الخدمة لمنظمة رعاية صحية معينة في هذه الحالات. (تتم مناقشة هذه الأساليب في الفصل السابع).

ينبغي أخذ الأوضاع الإقليمية في الاعتبار بصفتها جزءاً من عملية تكوين صورة عامة عن المجتمع هذه. وتتمتع مناطق مختلفة من البلاد بأنماطها الثقافية الخاصة بها. ويبدو أن هذه الأنماط قد صمدت في مواجهة «التكتيل» السريع للمجتمع الأمريكي. وتشهد مختلف المناطق مستويات متفاوتة من انتشار مشكلات صحية معينة. ويتم الآن وبشكل جيد توثيق التباين في استخدام الخدمات الصحية (Center for Evaluative Clinical Sciences, 1999). وينبغي على أقل تقدير النظر في الاختلافات الإقليمية عندما يتم تقدير أو توقع الطلب على الخدمات الصحية لمجتمع معين.

كما ينبغي أخذ نوع المجتمع في الاعتبار عند تجميع البيانات القاعدية. فكون نوع المجتمع المهيمن داخل منطقة التخطيط حضري أو في الضواحي أو مجتمع ريفي له انعكاسات مهمة على كل من الحالة الصحية والسلوك الصحي، ولن تكون الظروف المحيطة بصحة السكان مختلفة باختلاف المجتمع فحسب، ولكن هناك أيضاً التحدي المتمثل في التخطيط لأنواع مختلفة من المجتمعات.

وينبغي أن تضع عملية التقييم المجتمعي العوامل البيئية المحلية في الاعتبار إلى الحد الذي تؤثر فيه على الحالة الصحية. وهناك أدلة متزايدة على أن جوانب بيئتنا مسئولة عن ما يصل إلى (٢٠٪) من الاختلاف في الحالة الصحية. فالمستويات المرتفعة من الملوثات البيئية ووجود أماكن للتخلص من النفايات السامة والقضايا المتعلقة بمياه الشرب جميعها لها آثار في الحالة الصحية للسكان الخاضعين للدراسة.

ويُعد البعد الزمني مســألة مهمة في تكوين صورة عامة عن المجتمع، فينبغي أخذ الآفــاق الزمنية الثلاثة في الاعتبار ســواء عند تحديد احتياجات الســكان أو الموارد المتاحة لتلبية هذه الاحتياجات. فالحصر الحالي للاحتياجات والموارد (الحاضر) هو نقطــة البداية. ومع ذلك، فمن المهم أيضاً تنمية حس للاتجاهات التاريخية (الماضي) التي تؤثر في المجتمع. هل عدد الســكان يتزايد أم ينخفض؟ هل خصائص الســكان اليوم مختلفة عما كانت عليه قبل خمس ســنوات؟ هل التوجه نحو إغلاق المستشفيات أو إضافة مزيد من الأسرة؟

ولكن المســتقبل هو الإطار الزمني الأكثــر أهمية وذلك لأن التخطيط هو من حيث تعريفــه أمرٌ مســتقبلي. وفــي الواقع، كان أحد العوامل المســاهمة في فشــل جهود التخطيــط الماضية هو الميل للتخطيــط لقضايا اليوم أو التخطيط لقضايا الأمس في أســوأ الحالات. فينبغي أن تكــون هناك خطة لمعالجة قضايا الغــد وينبغي لتحقيق هذا الهدف أن تحدد العملية إلى أقصى حد ممكن الخصائص المســتقبلية للســكان واحتياجات الخدمات الصحية المســتقبلية والتطورات المستقبلية المحتملة فيما يتعلق بالموارد.

تكوين صورة عامة عن السكان:

ينبغي تكوين صورة عامة عن ســكان المجتمع من حيث عدد من الأبعاد. ويتم أدناه شرح النوع الشائع من البيانات المستخدمة في عملية تكوين الصورة العامة.

البيانات الديموغرافية:

البيانــات الديموغرافيــة هي بمثابة أســاس لمعظم أنشــطة التخطيط الصحي. فالبيانات الديموغرافية ليســت فقط مهمة لتكوين صــورة عامة عن المجتمع، ولكنها تعد أساســاً لحســاب عدد من الإحصاءات ذات الصلــة بالتحليل التخطيطي. وعلى الرغم من أن فهم التركيبة الديموغرافية للســكان المستهدفين مهم في حد ذاته، ولكن هذه المعلومات ضرورية كذلك لتحديد مدى انتشــار الظروف الصحية وتحديد أنماط الاستفادة في المجتمع.

ومن المفيد مــن منظور التخطيط الصحي أن يتم تصنيف المتغيرات الديموغرافية إلى متغيرات اجتماعية بيولوجية ومتغيرات اجتماعية ثقافية. ويتم تمييز الخصائص الاجتماعية البيولوجيــة على أنها متغيرات ديموغرافية عــن طريق صلتها بالصفات

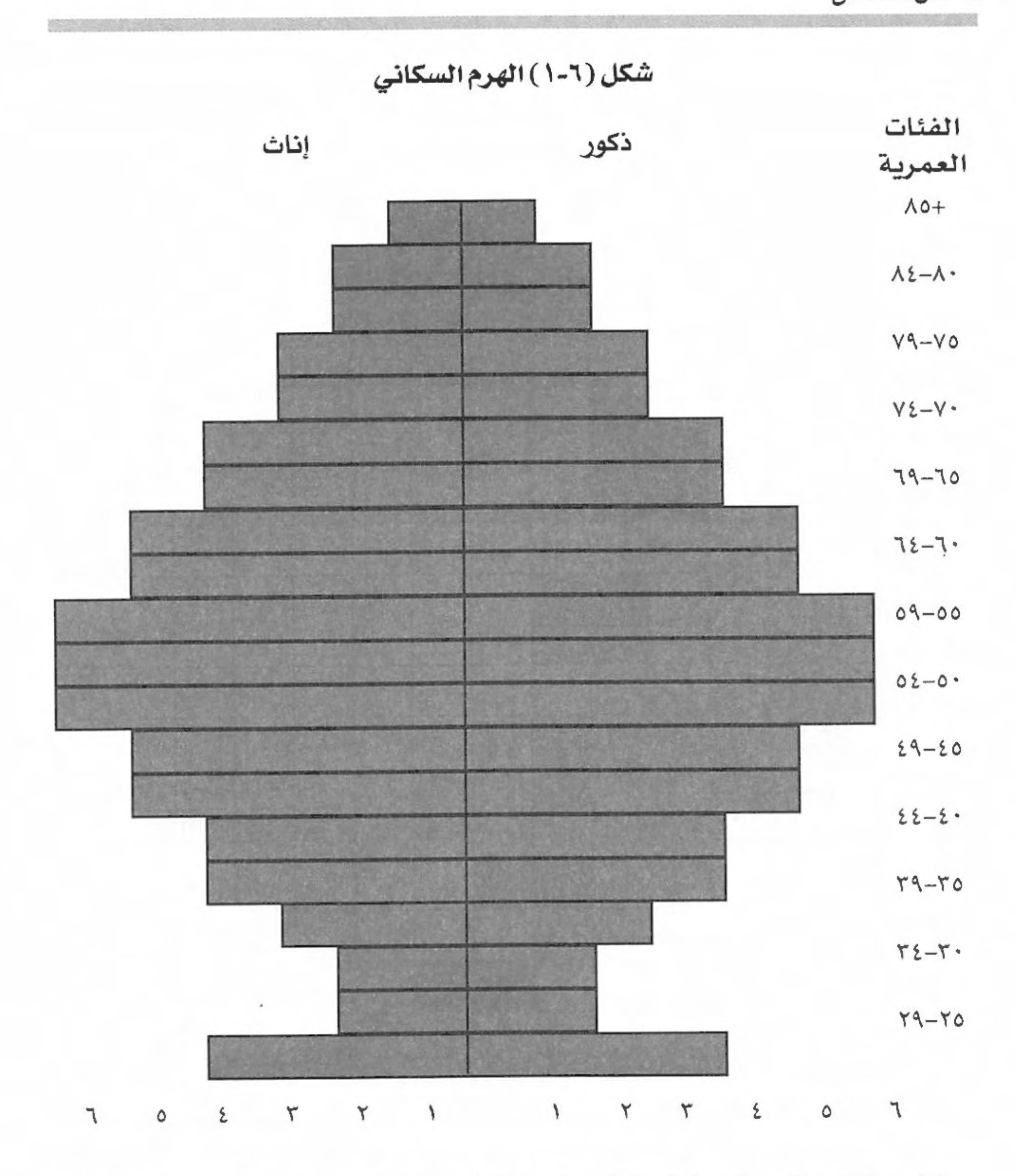
البيولوجيـــة. وتتمثـــل المتغيرات الديموغرافية المشـــمولة في هـــذه الفئة في: العمر والجنـــس والعـــرق. (يتم في بعض الأحيـــان تضمين الإثنية بســـبب علاقتها الوثيقة بالعرق).

قـــد يُعـــد العمر أفضل عامل تنبؤ للاســـتفادة من الخدمـــات الصحية، ولا يرتبط العمر فقط بمســـتويات استخدام الخدمة ولكن يرتبط كذلك بنوع الخدمات المستعملة والظروف التي يتم خلالها الحصول على هذه الخدمات.

يُعد جنس المستهلك عاملاً آخر يؤثر في معدلات الاستفادة في المجتمع الأمريكي. فالإناث أكثر نشاطاً من الذكور من حيث السلوك الصحي وهن أكثر استخداماً لنظام الرعاية الصحية، وهن أكثر ميلاً لزيارة الأطباء ويتعاطين عقاقير بوصفات طبية أكثر ويستخدمن بشكل عام غيرها من المنشآت والعاملين الصحيين بشكل أكثر.

ويُعد الهرم الســـكاني طريقاً مفيداً لتصوير عمر وجنس التركيبة الســـكانية بشكل بياني في الوقت نفســـه. فيشـــتمل الهرم السكاني على استعراض لتوزيع عمر وجنس الســـكان عن طريق رسم خط بياني يمثل كل خط فيه شريحة عمرية وجنسية واحدة. وتشتمل الفئات العمرية الأنثوية على جانب واحد من كل خط. ويمثل الذكور الجانب الآخر، ويتم عرض الأعمار عادة على فترات من خمس أو عشـــر ســـنوات. ويكشـــف «شكل» الهرم عن قدر كبير من المعلومات حول السكان المذكورين. ويمكن تحويل هذه المعلومـــات إلى تقديرات للإقبال على الخدمات الصحية. (يعرض الشـــكل رقم ٦-١ مثالاً على الهرم السكاني).

شكل (٦-١) الهرم السكاني



تؤثر الخصائص العرقية والإثنية في الطلب على الخدمات الصحية. ونتيجة للاتجاهات الحديثة فقد زادت أهمية هذا الجانب من التركيبة السكانية بالنسبة لواضعي الخطط الصحية. وينبغي جمع معلومات مفصلة حول الخصائص العرقية والإثنية للسكان، بما في ذلك بيانات نوعية عن الاتجاهات والتفضيلات. ورغم أنه يمكن إرجاع التباين في الاستفادة إلى الاختلافات في أنواع المشكلات الصحية التي

يعانيها هؤلاء السكان، فإن العديد من الفروق تعكس اختلافات في الأساليب المعيشية وتفضيلات ثقافية. ونظراً لأن القطاع العام يلعب دوراً مهماً في تلبية احتياجات الرعاية الصحية للأقليات من السكان، فإن البيانات عن العرق والإثنية ذات أهمية بالغة.

وكذلك فإن الصفات الاجتماعية الثقافية مهمة في تكوين صورة عامة عن السكان بسبب ارتباطها بالحالة الصحية والسلوك الصحي. وتشتمل المتغيرات الاجتماعية الثقافية التي تتم مناقشتها أدناه على ما يلي: الحالة الاجتماعية والسمات ذات الصلة والتعليم والدخل والمهنة/ المجال وغيرها من العوامل الاجتماعية الثقافية. ويمكن إيراد معلومات إضافية عن التغطية التأمينية والفئات التسويقية التجارية أو السيكوجرافية وتوجهات المجتمع.

ويهتم المخططون الصحيون بالحالة الاجتماعية وتركيبة الأسرة ويهتمون إلى حد ما بالترتيبات المعيشية. وتشير الحالة الاجتماعية إلى الحالة القانونية الحالية للشخص فيما يتعلق بالزواج. وتشير تركيبة الأسرة إلى وجوده في أسرة مادية بمعنى المكان الذي يعيش فيه الشخص في الواقع. وتشير الترتيبات المعيشية إلى العلاقة بين من يتشاركون في منزل - أي المقيمون في الغرفة نفسها والمتزوجون ولديهم أطفال والأقارب غير المتزوجين. بالنسبة لواضعي الخطط الصحية المجتمعية، فإن الحالة الاجتماعية وتركيبة الأسرة لهما آثار في أنواع المشكلات الصحية الموجودة وأنماط استخدام الخدمات الصحية.

يعد التعليم عاملاً مهماً ينبغي وضعه في الاعتبار أثناء عملية التخطيط، وذلك نظراً لأن المستوى التعليمي للسكان يرتبط ارتباطاً وثيقاً بكل من الحالة الصحية والسلوك الصحي. وغالباً ما تكون هذه المعلومات مهمة لتطوير الخدمات المتوافقة مع مستوى تطور الجمهور المستهدف. وينبغي بالتأكيد أن يؤخذ مستوى التعليم بعين الاعتبار من منظور التسويق الاجتماعي.

ومن الواضح أن الدخل والمتغيرات ذات الصلة، مثل حالة الفقر، لها أهمية لأي تخطيط على مستوى المجتمع. فالدخل الذي يقاس بمفهوم دخل الأسرة أو الفرد السنوي مؤشر مهم لكل من مستوى نسبة المراضة في المجتمع والأنماط المحتملة للاستفادة من الخدمات الصحية. وسوف يؤثر المستوى العام لأغنياء المجتمع في كل من احتياجات السكان للرعاية الصحية ومستوى الموارد المتاحة.

تمثــل المهنة والصناعة متغيــرات مهمة في تكوين صورة عامة عن مجتمع ما. فلا يقتصر الأمر على أن الأفراد في المهن والصناعات المختلفة لهم عادات سلوكية استهلاكية متباينة، ولكن المزيج المهني أو الصناعي لمجال ما هو مؤشـــر ممتاز على مزيج خدمات ومنتجات الرعاية الصحية التي يحتاجها الســـكان المســـتهدفون. فالأنماط المتمايزة من الســـلوك الصحي وغير الصحـــي مرتبطة بالمهن والصناعـــات المختلفة. وعلاوة على ذلك، من المرجح أن يحدد الهيكل المهني مدى إتاحة التأمين الصحي الذي يرعاه صاحب العمل.

هنـــاك خصائص اجتماعية ثقافية أخرى قد تكـــون مهمة في مختلف المجتمعات. فالدين إحدى ســـمات الســـكان الذي يصعب تعريفه كمياً قد لعـــب في الحقيقة دوراً محـــدوداً في التخطيط على نطـــاق المجتمع. ومع ذلك، هناك مناســـبات تكون فيها معرفة التفضيلات الدينية للمجتمع مناســـبة لتخطيط الخدمات الصحية، خاصة إذا كانت هناك علاقات قوية للمنشآت الصحية التابعة للكنيسة مع المجتمع قيد الدراسة. وقد تكون اللغة التي يتحدث بها ســـكان المجتمع أو مجموعة فرعية من السكان عاملاً يؤثر في اتصالات الرعاية الصحية وتقديم الخدمات بكفاءة.

وتُعد التغطية التأمينية التي تميز ســـكان مجتمع ما إحدى الموضوعات التي تتزايد أهميتهـــا عند واضعي الخطـــط. ورغم أن «مزيج الدافعـــين» بالمجتمع قد يكون أكثر ارتباطـــاً بمقدمي رعاية صحية معينين؛ لكن وســـائل تمويل الرعاية الصحية ليســـت قضية غير مهمة بالنسبة لواضعي خطط الصحة المجتمعية. ويمكن القول، في الواقع، أن أنمـــاط الاســـتفادة في المجتمع هي إلى حد كبير انعـــكاس لمزيج الدافعين للفاتورة الصحية.

في تحليل قدرة المجتمع على سداد رسوم الرعاية الصحية، تعتبر نسبة السكان التي تغطيها أشـــكال مختلفة من التأمين إحـــدى الاعتبارات المهمة. وكان التأمين التجاري (أو الخاص) يشـــمل عادةً كلا من التغطية الفردية والتغطية الجماعية. وشملت هذه الفئة، تاريخياً، خطط التأمين غير الهادفة للربح كالصليب الأزرق / الدرع الأزرق غير الهادفة للربح وتشمل في الحاضر وعلى نحو متزايد خطط الرعاية المدارة.

وهنالـــك فئات أخرى من الدافعين الرئيســـيين تشـــمل أولئك المشـــمولين بتغطية برنامجي «ميديكير» و«ميديكيد» الذين ترعاهما الحكومة الفدرالية. وتُخصص تغطية برنامج ميديكير في المقام الأول لكبار السن، ولكنها تشمل نسبة متزايدة من المسجلين

من ذوي الاحتياجات الخاصة. وتعكس التغطية الخاصة ببرنامج «ميديكيد» مشاركة المعوزين طبياً في البرنامج المشترك بين الحكومة الفيدرالية والولايات «ميديكيد». وقد يتم كذلك في بعض المجتمعات ضم العديد من المسجلين في برنامج «ميديكير» في برنامج «ميديكيد».

هناك فئات مختلفة من التغطية الحكومية التي ينبغي دراستها، على الرغم من أن حجمها لا يكاد يُذكر عادةً. وتشتمل هذه الفئات على برامج فيدرالية أخرى للحالات التصنيفية وبرامج الولايات لأمراض محددة، والتغطية بموجب برامج ذات صلة بالجيش مثل برنامج الصحة المدنية والبرنامج الطبي للخدمات الرسمية تشامبس CHAMPUS.

ويُشار عموماً إلى الفئة المتبقية بعد تحديد الفئات الأخرى من الدافعين باسم فئة «الدفع الذاتي». وهي تشتمل على مجموعة واسعة من قطاعات السكان التي لا يوجد بينها قواسم مشتركة فيما عدا عدم وجود تغطية تأمينية. وتتضمن هذه الفئة غير المؤمن عليهم الذين لا يمكنهم الحصول على تأمين نظراً لتاريخهم الطبي السابق، وتشمل الفقراء العاملين غير المؤهلين لبرنامج الميديكيد ولا يمكنهم الوصول إلى التأمين الخاص أو لا يستطيعون سداد رسومه. كما تتضمن هذه الفئة أيضاً المشردين الذين تتعارض أنماط حياتهم مع أي نوع من أنواع الحالات الدائمة، والأثرياء المستقلين الذين يفضلون الدفع من جيوبهم مقابل الرعاية الصحية إذا تطلب الأمر.

تعتبر فئة الدفع الذاتي صغيرة نسبياً ولكن النمو في عدد الأفراد غير المؤمن عليهم ساعد على زيادة عددها. وتشير التقديرات الأخيرة إلى أن عدد الأمريكيين غير المؤمن عليهم يصل إلى أكثر من ٤٠ مليون (أو أكثر من ١٥٪ من السكان). ويبدو أن هذا الرقم يتزايد نتيجة للتقشف (تقليص موازنات البرنامج والخطط) و/ أو الزيادات في كلفة التأمين الخاص. وكان لارتفاع معدل البطالة بين القوى العاملة الأمريكية ونحن على مشارف القرن الحادي والعشرين تأثير في توافر التأمين الصحي.

يتم في تخطيط الصحة المجتمعية التركيز بشكل كبير على فئات المشمولين ببرنامج «ميديكيد» وفئات الدفع الذاتي. وهي مجموعات سكانية تميل إلى أن تكون الأكثر ضعفاً في مواجهة المشكلات الصحية وهي الأكثر احتمالاً لتوليد الطلب على خدمات النظام الصحي العام. ورغم أن أعداد المرضى الذين لا يدفعون صغيرة في الخطة الكلية، فإن عبء التعامل مع المرضى المعوزين يمكن أن يكون كبيراً في المجتمعات التي يشكلون فيها جزءاً كبيراً من السكان.

البيانات السيكوجرافية والاتجاهات (التطور النفسي لدى السكان):

أصبح من الشائع وبشكل متزايد تكوين صورة عامة عن المستهلكين من حيث خصائصهم السيكوجرافية psychographic وتصنيفهم ضمن مجموعات حياتية. وتشير السيكوجرافية إلى الاتجاهات والقيم وأساليب الحياة التي تتسم بها شريحة سكانية محددة. وتم تطوير أنظمة تجزئة الأساليب المعيشية من خلال مجموعة متنوعة من البائعين ولكنها لم تدخل حيز الاستخدام في مجال الرعاية الصحية إلا في الآونة الأخيرة. ويشتمل النهج على تقسيم السكان إلى عدد كبير من الشرائح (عادة من ٥٠ إلى ٦٠) التي يمكن بعد ذلك تكوين صورة عامة عنها من حيث خصائصها المختلفة بما في ذلك الحالة الصحية والسلوك الصحي. وللعوامل السيكوجرافية أهمية خاصة في دراسة اتجاهات الفرد نحو صحته واحتمال المشاركة في سلوكيات صحية أو غير صحية.

ويمكن للتحليل السيكوجرافي أن يسهم في تحديد الأولويات الصحية المحتملة وسلوك المجموعة الفرعية من السكان. ويُعد هذا أمراً مهماً لأن المجموعات المتشابهة من الناحية الديموغرافية قد تكون مختلفة من حيث السلوك الصحي الذي يؤثر فيه أسلوب حياتهم. فيمكن على سبيل المثال أن تفضل فئة من مستهلكي الرعاية الصحية من المسنين أخصائي الممارسة العامة لتلبية احتياجات الرعاية الأولية، في حين تفضل فئة أخرى الأطباء المدربين على أمراض الباطنة. وعلى الرغم من أن الخصائص السيكوجرافية تُعد أكثر أهمية بالنسبة للتخطيط على مستوى المنظمة، إلا أن معرفة المجموعات السيكوجرافية التي تميز مجتمعاً ما تمثل منظوراً مفيداً لتخطيط الصحة المجتمعية.

وتمثل الاتجاهات التي تميز السكان الذي يجري التخطيط لهم بعداً آخر ينبغي أخذه في الاعتبار. وقد تشتمل هذه «الاتجاهات» على تصورات وتفضيلات وتوقعات. ومن المرجح أن تلعب الاتجاهات التي يظهرها المستهلكون في المجتمع دوراً مهماً في الاتجاه الذي تتخذه عملية التخطيط. وتؤثر في ما يتم إنجازه بالفعل خلال العملية، وهي في الواقع التي تحدد فيما إذا كانت عملية التخطيط ستتم إطلاقاً. أما في السياق على مستوى المجتمع، فمن المرجح أن تعتمد مبادرات التخطيط بشكل كبير على برامج التثقيف الصحي والإجراءات الوقائية التي تعتمد في نجاحها على اتجاهات المستهلكين المناسبة.

وربما تعكس اتجاهات المجتمع مثلاً موقفاً مؤيداً للطبيب أو مؤيداً للمستشفى. وفي حالات أخرى، قد يكون هناك تصورات قوية إيجابية أو سلبية (سواء استناداً إلى

حقيقــة أم لا) فيما يتعلق بمختلف المؤسســات أو مقدمي الخدمات. قد تكون هناك تفضيــلات لأنواع معينة من الممارســين أو لطرق علاج علــى أخرى. وقد تكون بعض المجتمعــات تقليدية جداً فــي اتجاهاتها حيال الرعاية الصحية، في حين قد يســرع آخرون في تبني طرق علاج بديلة.

هناك اعتبار آخر مهم هو التفضيلات الثقافية للســكان المستهدفين، وقد لا تكون هذه التفضيلات الثقافية (غالباً ما تنعكس على الأســاليب المعيشــية) متصلة بشكل مباشر بالسلوك الصحي رغم أن العديد منها متصل. وربما تؤثر تفضيلات المجموعات الاجتماعية للحالة الاجتماعية أو حجم الأســرة في الحالة الصحية للسكان. كما أن العــادات الغذائية وأنماط التدريبات الرياضية وأنماط الســلوك غير الصحي (مثل التدخين وتعاطي الكحوليات) تؤثر بشــكل مباشــر في الحالة الصحية للسكان وتؤثر فــي النهاية في الطلــب على الخدمات الصحية. ويعُد هــذا أحد الاعتبارات المهمة لواضعي الخطط للمدى الذي يشــجع فيه السياق الثقافي للفرد السلوك الصحي أو غير الصحي.

جدير بالملاحظة أنه توجد أمثلة كثيرة بولايات مثل لويزيانا ونيفادا عرفت بتفضيلات ثقافية يمكن أن تضر بالحالة الصحية، على الرغم من أن ولاية يوتا معروفة بأنها ذات تفضيلات ثقافية تعزز من الصحة الجيدة وتزيد من العمر. وتعكس حقيقة أن ولايتي ويسكونســن وبورتوريكو صادرت الأموال الفيدرالية لبناء الطرق السريعة في الماضي بدلاً من رفع السن القانونية لتعاطي المشروبات الكحولية التفضيلات الثقافية السائدة في تلك الأماكن.

تحديد الخصائص الصحية:

يجب دراســة عدد من الأبعاد عند دراســة الخصائص الصحية للســكان. فهذا ينطــوي على جمع بيانات حول عدد من المؤشــرات الصحية التي يمكن اســتخدامها لتحديــد الحالة الصحية للســكان وبالتالي تحديد احتياجــات الرعاية الصحية لهم. وينبغي اســتكمال هذه المعلومات ببيانات عن الســلوك الصحــي، بما في ذلك أنماط الاستفادة المتاحة والممارســات الصحية غير الرسمية. وتُعد مؤشرات نسبة المراضة والوفيات ذات أهمية مباشــرة بالنسبة لواضعي خطط الخدمات الصحية. كما ينبغي النظر في المؤشرات غير المباشرة مثل أنماط الخصوبة.

خصائص الخصوبة:

تشـير خصائص الخصوبة إلى السـمات والعمليات المتصلة بالإنجاب والولادة. وينبغي أن ينظر محلل التخطيط إلى سـلوك الخصوبة نظراً لما له من أثر في حجم ونمو وتكوين السـكان. وتُحـدث أنماط الخصوبة تأثيراً كبيـراً في كل من الأنماط الحالية والمسـتقبلية للاسـتفادة من الخدمـات الصحية. وتنطـوي الرابطة الأكثر مباشـرة على احتياجات الرعاية الصحية للأمهات والأطفال قبل وأثناء وبعد الولادة، إذ تشتمل كل مرحلة على احتياجات من الخدمات والمنشئات. وتظهر متطلبات أخرى عنـد وضع جميع مراحل عمليـة الإنجاب في الاعتبار. فمقدمـو الرعاية الصحية ومنشـآت العيادات مثلاً هم مصادر رئيسية لخدمات ذات صلة بوسائل منع الحمل. وتضع الاضطرابات المتعلقة بالأجهزة التناسـلية للذكور والإناث ضغوطاً إضافية على مقدمي الرعايـة الصحية، ويُعد علاج العقم مكوناً ناميـاً من مكونات نظام الرعاية الصحية.

ويمكن فـي التخطيط على نطـاق المجتمع ربط العديد مـن القضايا ذات الصلة بالصحـة بمسـتوى حالات الحمل «الصعبة» لدى سـكان المجتمـع. فالاتجاهات في نسـبة الوفيات بين الرضـع، والمواليد منخفضي الوزن عند الـولادة، وحالات الولادة بـين المراهقات وحالات الولادات بـين الأمهات غير المتزوجات جميعهـا لها آثار في احتياجات الرعاية الصحية للمجتمع.

خصائص نسبة المراضة:

تُعد نسـبة المراضة أو مستوى انتشار المرض والعجز بين السكان مصدر قلق كبير بالنسبة لواضعي الخطط الصحية. ويشتمل تحليل نسبة المراضة على تحديد كل من الجوانب الديناميكية والاسـتاتيكية من المرض، فضلاً عـن كيفية تأثير هذه الأنماط في معدلات الوفيات. وتم وضع واعتماد عدة مقاييس يشـيع اسـتخدامها في تحليل نسـبة المراضة. وعلى الرغم من عدم إحراز نجاح يذكر في إنشاء مقياس عام لنسبة المراضة للأفراد أو السكان، فإنه يتم وبشكل متكرر استخدام مؤشرات لحالات معينة. وتشـتمل هذه المؤشـرات على إحصاءات حول حدوث حالات محـددة وقوائم فحص أعـراض ومقاييس مختلفـة للإعاقة. وتعد الحالات «التي يمكـن الإبلاغ عنها» ذات أهمية خاصة لمسـئولي الصحة العامة، نظـراً لأنها تتعلق بالحالات التي لديها القدرة على التفشي إلى مستويات وبائية.

ويتـــم رصد بعض الحالات الصحية من خلال تقارير واردة من المنشـــآت الصحية وعينات الدراســـات المســـحية ودراســـات اللجان الجارية. وتجري مؤسسات الصحة الفيدرالية دراســـات مسحية دورية لمرضى المستشـــفيات ومرضى العيادات الخارجية في المستشفيات وغيرها ومرضى العيادات الخارجية الأخرى. وبالإضافة إلى ذلك تم إنشاء قواعد بيانات لتجميع بيانات بانتظام عن استفادة المرضى المقيمين بالمستشفى، وكذلك استفادة مرضى العيادات الخارجية ولو بنسبة أقل. وتسمح جهود جمع البيانات هذه بتحديد أوضاع مجموعة واســـعة من الحالات ورصد مستوى هذه الحالات بمرور الوقـــت. وبرغم أن هذه المعلومات لا تُقدر بقيمـــة، إلا أن التغطية بعيدة عن الاكتمال فـــي هذه المرحلة. وعلاوة على ذلـــك، تتضمن هذه التجميعات فقط الحالات التي تم الإبلاغ عنها. وإذا لم يتم تشـــخيص وعلاج الأفراد الذين يعانون اضطرابات مختلفة، فإنهم لا يظهرون في هذه الإحصاءات.

وهنـــاك نهجٌ آخر لوضع مؤشـــرات نســـبة المراضـــة وهو اســـتخدام قوائم فحص الأعراض، وتُســـتخدم قائمة مـــن الأعراض التي تم التحقق مـــن صحتها من الناحية الإحصائية لجمع بيانات من عينة من الســـكان من أجل حساب مؤشر نسبة المراضة. ويتم اســـتخدام قوائم مراجعة النظم هذه لاســـتخلاص مقاييس الحالة الصحية لكل من المرضين الجســـدي والعقلي. ويمكنٍ جمع نقاط فردية لإنشـــاء مؤشر على نطاق المجتمـــع. وقـــد يكون هذا مفيداً جـــداً عند مقارنة الحالة الصحية لســـكان مختلف المناطق الفرعية بالمجتمع.

ويشـــار إلى مجموعة أخرى من مقاييس نسبة المراضة باسم مقاييس العجز، فمن الصعب قياس العجز في الســـكان مثله مثل جوانب أخرى من نســـبة المراضة. وعلى الرغم من أن تحديد عدد المكفوفين أو الصم أو المصابين بالشلل أو أي مصابين آخرين بالإعاقة يبدو أمراً بســـيطاً، إلا أن الوضع في الواقع شديد التعقيد، فهناك عديد من الأشـــخاص الذين يُعتبرون معوقين من الناحية القانونية أو من الناحية الفنية والكثير منهم يعمل بشـــكل طبيعي فهم بالتالي يزيدون من عدم وضوح الخطوط الفاصلة بين الأشخاص المعوقين وغير المعوقين.

من الممكن حساب مقاييس مختلفة من نسبة المراضة على افتراض توافر البيانات. وتعتبـــر معدلات حدوث وانتشـــار الأمراض اثنين من المقاييس الأكثر فائدة. فيشـــير معدل حدوث المرض إلى عدد الحالات الجديدة المصابة بمرض أو حالة ما يتم الإبلاغ عنها خلال فترة زمنية معينة ويتم التعبيرعنها بعدد لكل ألف أو عشـــرة آلاف أو مائة

ألف شخص معرضين لخطر الإصابة، في حين يشير معدل الانتشار إلى إجمالي عدد الأشخاص المصابين بالمرض أو الحالة المذكورة في نقطة محددة من الوقت ويتم التعبير عنها بعدد لكل ألف أو عشرة آلاف أو مائة ألف شخص معرضين لخطر الإصابة.

ويتجاوز معدل الانتشـــار معدل الحدوث دائماً، وذلك لأن السابق هو أحد مكونات الأخير. ولكن المرة الوحيدة التي يكون فيها المعدلان قابلان للمقارنة هي عندما تكون الحالة قيد الدراســـة حادة ومدتها قصيرة جداً. فمعدل الحدوث مثلاً يساوي تقريباً معدل الانتشـــار عند ذروة الإصابة بوباء فيروسي مدته ٢٤ ساعة، وذلك لأن الضحايا يتعافون بنفس سرعة الإصابة به تقريباً.

إن معدلا الحدوث والانتشـــار مهمان لتكوين صورة عامة عن الســـكان المستهدفين. فإذا كان المحلل يعرف مثلاً أن نسبة حدوث حالة طبية معينة هي (١٧) لكل ألف شخص تبلـــغ أعمارهم (٦٥) عامـــاً أو أكثر (ويفترض أن معدل الحدوث لهذا الإجراء ســـيظل ثابتاً على مدى الســـنوات الخمس القادمـــة)، فيمكن توقع عدد الحالات خلال الخمس سنوات القادمة إذا كان عدد الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم بين (٦٥) عاماً أو أكثر في منطقة الخدمة المعنية معروفاً. فيتم ببســـاطة ضرب معدل الحدوث في العدد المتوقع للســـكان لتحديد العدد المتوقع من الحالات. ويمكن استخدام معدل الانتشار بالطريقة نفســـها تقريبـــاً عندما تكون الحالة مزمنة. وهذا هو بالضبـــط ما تقوم به العديد من المستشفيات ومقدمو الرعاية الصحية الآخرين لتوقع الطلب على خدماتها.

خصائص الوفيات:

تشير الوفيات إلى عملية فقدان السكان من خلال الموت. ويشتمل تحليل الوفيات على دراســـة أولئك الذين يموتون فضلاً عن الظروف الصحية التي تسهم في وفاتهم. وتقوم دراســـات الوفيات بالتحقيق في مســـائل من؟ وكيف؟ ولماذا؟ ومتى؟ المتعلقة بالوفاة.

إن أبســـط طريقة لقيـــاس معدل الوفيات هي القيام بحســـاب عدد حالات الموت. كمـــا أن تجميع أعداد حالات الوفاة على مدى فترة من الســـنوات ســـاعد في تحديد الاتجاهـــات فيما يتعلق بالزيـــادة أو النقصان في معدل الوفيـــات. ويمكن بالإضافة إلـــى ذلك تصنيف الوفيات بشـــكل متقاطع حســـب الخصائص الطبيـــة والاجتماعية والاقتصادية للمتوفى. ويُعد سبب الوفاة وسن المتوفي من أكثر هذه الخصائص أهمية بالنسبة لواضعي الخطط.

يمثل معدل الوفيات الخام crude mortality rate (CMR) أبسط مقياس مستخدم فـي تحليل الوفيـات. ويتم التعبير عن هـذا المعدل بعدد الوفيات لكل ألف نسـمة. وتتسبب حقيقة أنه ليس كل السكان معرضين لخطر الوفاة نفسه في الحد من فائدته. ونتيجـة لذلك، غالباً ما يتم إنشـاء معدلات الوفيات لكل فئـة عمرية age-specific death rates (ASDRs).

وقد يكون من المفيد أيضاً تحليل معدل الوفيات الخام إلى مكونات محددة السبب ولحسـاب النسـبة المئوية من مجموع الوفيات التي تعزى إلى كل سـبب. وتمثل هذه الأرقام، التي يتم الوصول إليها عن طريق قسمة عدد الوفيات الناجمة عن سبب واحد على العدد الكلي للوفيات، نسبة عدد السكان الذين يموتون جراء سبب محدد. ويمكن أن يقدم معدل الوفيات محدد السبب نظرة أكثر مباشرة على خصائص نسبة المراضة للسكان في غياب إحصاءات نسبة المراضة.

رغم أن معدل الوفيات يظل مؤشـراً مهماً على الحالة الصحية بالنسـبة لواضعي الخطط الصحية، ففائدته محدودة نوعاً ما في المجتمع المعاصر. وتقع حالات وفيات قليلة نسبياً كل عام، وتميل هذه الحالات إلى أن تقتصر على كبار السن الذين يموتون بسـبب ظروف مرتبطة بالشـيخوخة. وعلاوة على ذلك، فإن الحـالات المزمنة التي أصبحت سـائدة في المجتمع الأمريكي غير مرتبطة بشكل مباشر بالوفيات. فالأفراد الذيـن يعانون أمراضاً مزمنة (مثل ارتفاع ضغط الـدم) أكثر عرضة للوفاة من بعض الأسباب الأخرى الأقرب (مثل السكتة القلبية). لذلك، قد لا يكون سبب الوفاة المعين مؤشراً دقيقاً على الحالة الصحية للمتوفى. ولهذه الأسباب، فإن أنماط الوفيات أقل فائدة من بيانات المرضى لتكوين صورة عامة عن الحالة الصحية للسكان.

السلوك الصحي:

يمكن تعريف السـلوك الصحي بأنه أي عمل يهدف إلى اسـتعادة الحالة الصحية وحفظها وتعزيزها. فينبغي دراسة كل من الأنشطة الرسمية مثل زيارة الطبيب ودخول المستشـفى وتعاطي أدوية بوصفات طبية والإجراءات غير الرسمية من جانب الأفراد مثل الحمية الغذائية وممارسـة التدريبات الرياضية والمخاطرة. ويتم استخدام عدد من المؤشرات لقياس السلوك الصحي وسيتم شرح أكثرها شيوعاً فيما يلي.

يُعد دخول المستشفى أحد أكثر مؤشرات السلوك الصحي استخداماً. ويتم استخدام مصطلحي «الدخول» و«الخروج» للإشارة إلى استفادة المرضى من المستشفيات. ويتم

التعبيـــر عمومـــاً عن معدل الدخول / الخروج من المستشـــفى مـــن حيث عدد حالات الدخول أو الخروج لكل ألف نسمة. كان معدل دخول المستشفيات في الولايات المتحدة عام ١٩٩٥ مثلاً يبلغ (١٢٠) حالة دخول لكل ألف نسمة ويمكن التعبير عنه بعدد (١٢) لكل ١٠٠ (أو ١٢٪) تم إدخالهم للمستشفيات خلال ذلك العام.

يعمـــل معدل دخول المستشـــفى ممثـــلاً لمجموعة متنوعة من المؤشـــرات الأخرى، وذلـــك لإن حـــالات دخـــول المستشـــفيات مرتبطة بالاختبـــارات التي يتـــم إجراؤها والعمليـــات الجراحيـــة التي تتم والخدمـــات والمنتجات ذات الصلـــة. ويتم من أجلٍ مزيد من الخصوصية تقســـيم معدلات الدخول حســـب فئات المرضـــى. فيتم مثلاً احتساب معدلات الدخول إلى المستشفى حسب الفئة العمرية أو مكان الإقامة أو نوع التشـــخيص. ويكون المخطط في الواقع أكثر اهتماماً بالمعدلات المرتبطة بالتشخيص منه عن المعدلات الإجمالية.

وتشـــير أيام إقامة المريض إلى عدد الأيام التي يتم قضاؤها في المستشفى بواسطة عدد معين من الســـكان ويتم حسابها من حيث عدد أيام إقامة المرضى لكل ألف مقيم. ويُفصل هذا المؤشر حالات الدخول إلى المستشفيات لتعكس الاستفادة من الموارد، وذلك لأن قيـــاس أيام المريض يعمل على ضبط حالات التباين في طول فترة الإقامة. جعلت التغييرات في إجراءات السداد، في الواقع، من يوم المريض وحدة لقياس مستوى استعمال الموارد أكثر من كونه حادثة دخول. ويمكن لاثنين من المستشفيات ذات مستويات دخول قابلة للمقارنة أن تولد أرقاماً مختلفة تماماً عن أيام إقامة المرضى بســـبب الاختلافات فـــي مزيج مرضاهم. ويمكـــن قياس أيام إقامة المرضى مثلها مثل معدلات الدخول من حيث التشخيص ونوع المستشفى ومنشأ المريض وفئة دافع الفاتورة.

وهناك مؤشر آخر متعلق بالدخول إلى المستشفى وهو متوسط فترة الإقامة. ويتم الإبـــلاغ عن ذلك عادةً من خلال متوســـط عدد الأيام التـــي يبقى المرضى خلالها في المنشـــأة. على ســـبيل المثال، كان متوســـط مدة الإقامة في المستشفى خلال منتصف تســـعينيات القرن العشرين يبلغ نحو (٥,٥) يوم. من ناحية أخرى، كان يبلغ متوسط مدة الإقامة في مستشفى للولادة حوالي يومين وكانت تبلغ النسبة لمنشأة علاج نفسي نحو (٤٥) يوماً. ويقدم هذا المؤشر مقياساً جيداً للاستفادة من الموارد. وفي الواقع، تقـــوم العديد من خطط الرعاية الصحية بتعويض المستشـــفيات على أســـاس معدل البدلات اليومية.

هناك العديد من مؤشرات المنشآت الأخرى التي يمكن ذكرها. على الرغم من أن أياً من هذه المؤشرات له أهمية الدخول نفسها إلى المستشفيات، فكل مؤشر منها له أهميته الخاصة. ويمكن حساب معدلات استخدام دور رعاية المسنين وغرف الطوارئ بالمستشفيات وأقسام العيادات الخارجية بالمستشفيات ومراكز الطوارئ المستقلة ومراكز الصحة النفسية ومراكز رعاية الطوارئ ومراكز الجراحة المستقلة ومراكز التشخيص المستقلة.

وقد يُعد مستوى الاستفادة من خدمات الطبيب والذي يتم قياسه بعدد الزيارات إلى عيادة الطبيب أحد المؤشرات الأكثر فائدة للخدمات الصحية، فالطبيب هو «حارس» معظم الأنواع الأخرى من الرعاية الطبية، وتعد الاستفادة من خدمات الطبيب أحد أكثر المقاييس المباشرة لمستويات الاستفادة مقارنةً بدخول المستشفيات، وذلك لأن كل شخص تقريباً يستعمل خدمات الطبيب في وقت ما.

يقوم المحللون عادةً بحساب الاستفادة من خدمات الطبيب من حيث الزيارات السنوية لكل ألف نسمة. فمن المتوقع مثلاً أن يقوم مجتمع مكون من (٣٠) ألف نسمة بتسجيل (١٢٠) ألف زيارة للطبيب سنوياً، وذلك نظراً لحقيقة أن متوسط عدد زيارة عيادة الطبيب هي أربع مرات سنوياً. ونظراً لأن الاستفادة من خدمات الطبيب تختلف حسب التخصص، فإن معدلات زيارة الطبيب يمكن حسابها بشكل منفصل بالنسبة لمختلف التخصصات. وتتم زيارة أطباء الرعاية الصحية الأولية بمعدلات أكثر من المتخصصين. أما في التخطيط على مستوى المجتمع، يعد الوصول إلى خدمات الأطباء بمثابة مشكلة، وهو ما يجعل البيانات الجيدة عن العرض والطلب بالنسبة للأطباء أمراً مهماً.

هناك أنواع أخرى من العاملين يتم حساب معدلات الاستفادة من خدماتهم. ويُعد أغلب هؤلاء، مثل الأطباء وأطباء الأسنان، ممارسون مستقلون يقومون بعملهم دون إشراف من غيرهم ممن ينتمي إلى المجال الطبي. ومن الأمثلة على ذلك أخصائي البصريات وأخصائي العناية بالقدم والممارسين لمهنة التمريض ومساعدي الأطباء وكذلك مختلف استشاريي الصحة ومعالجي الصحة النفسية. كما أن أطباء العلاج الطبيعي وأخصائيي علاج عيوب النطق هم فئات أخرى من العاملين في مجال الرعاية الصحية إذ يمكن وضع معدلات الاستفادة من خدماتهم. وربما يتم احتساب معدلات الاستفادة على شكل عدد الزيارات لكل ألف شخص أو متوسط عدد الزيارات لكل شخص سنوياً أو نسبة عدد السكان الذين يستخدمون نوعاً معيناً من المعالجين.

ومع تزايد أهمية الرعاية الصحية المنزلية في السنوات الأخيرة، زادت أهمية عدد زيارات الرعاية الصحية المنزلية. ويقاس استخدام الرعاية المنزلية عادة من حيث الزيارات التي يقوم بها أنواع مختلفة من الأفراد. وبالتالي، يمكن اعتبار حصول السكان على عدد معين من زيارات التمريض المنزلي أو زيارات العلاج الطبيعي المنزلية مؤشرات على الاستعمالية. ويمكن بدلاً من ذلك حساب عدد السكان (أي المعدل لكل ألف) الذين يحصلون على رعاية منزلية.

حصر الموارد المجتمعية:

بمجرد تحديد احتياجات الرعاية الصحية وأنماط الاستفادة، ينبغي تحديد موارد المجتمع المتاحة. وينظر إلى «الموارد» في أوسع معانيها هنا، بدءاً من المنشآت والأفراد وحتى مصادر تمويل الرعاية الصحية. ويكون التركيز هنا على المنشآت المشاركة في تقديم الرعاية بشكل مباشر. ورغم أنها قد تكون مهمة لبعض الأهداف، إلا أن هذه المناقشة لا تتعامل مع مؤسسات «التجزئة» (مثل الصيدليات ومراكز العيون) أو خدمات التأجير (مثل الأجهزة الطبية المعمرة) أو خدمات الدعم (مثل المختبرات وبنوك الدم). يجري أدناه شرح أهم أنواع الموارد المجتمعية.

المنشآت:

أحد العناصر الرئيسية لتحديد الموارد يشتمل على حصر المنشآت المتاحة لتلبية احتياجات الرعاية الصحية للسكان. بالنسبة للتخطيط على مستوى المجتمع، يتم استعمال تعريف أشمل لكلمة «منشأة». وهي تشمل جميع أنواع المنشآت المخصصة لعلاج الأمراض البدنية أو العقلية. وفيما يلي عينة من أنواع المنشآت التي يجب حصرها:

المستشفيات:

إن الدور المركزي للمستشفى في توفير الرعاية يبرز حصراً دقيقاً لمنشآت المرضى الداخليين في المنطقة. ولا يشمل ذلك المستشفيات العامة فحسب بل يتضمن كذلك أي مستشفيات متخصصة قد تخدم السكان. ويمكن في النهاية حذف بعض فئات المستشفيات من التحليل (مثل المستشفيات العسكرية أو غيرها من المستشفيات التي تخدم قطاعات صغيرة ومحددة من السكان)، ولكن ينبغي ضم الكل في البداية. وينبغي تحديد عدد أسرة المستشفيات المتاحة، مع توجيه قدر كبير من الاهتمام بالأسرة العاملة مقابل الأسرة المرخصة.

وينبغي تكوين صورة عامة عن مستشفيات المنطقة من حيث حالات الدخول ونسبة الإشغال ومجالات التخصص وأية خصائص أخرى ذات صلة. وينبغي حساب حصة السوق إلى أقصى حد ممكن، كما ينبغي تحديد الاتجاهات في هذه المؤشرات وينبغي بطبيعة الحال النظر في الموقع الجغرافي للمستشفيات والمنشآت الأخرى فيما يتعلق بتركز التجمعات السكانية. وينبغي أيضاً ملاحظة أي اتجاهات محددة في خصائص المنشآت الصحية المحلية.

العيادات:

ينبغي تحديد عدد العيادات التي تقدم خدمات صحية، وخصوصاً لأن هذا هو السياق الذي تحدث به أغلب اللقاءات مع المرضى. (وتشير كلمة «عيادة» إلى أي منشأة قائمة بذاتها لمرضى العيادات الخارجية وتقدم لهم الرعاية الطبية). والفئة الرئيسية هي بطبيعة الحال عيادة على طبيب. وينبغي حصر هذه العيادات من حيث الحجم والتخصص وأية خصائص أخرى ذات صلة. وستكون معظم هذه العيادات هي ممارسات خاصة، ولكن ينبغي إدراج وإحصاء العيادات المجتمعية (مثل المراكز الصحية المؤهلة فيدرالياً) ضمن قاعدة الموارد الكلية. وتشتمل الأنواع الأخرى من العيادات (بدون الطبيب) التي ينبغي النظر فيها على مراكز الصحة النفسية وغيرها من ممارسات الصحة السلوكية وعيادات الأسنان وعيادات العناية بالعيون وعيادات علاج تقويم العمود الفقري وعيادات العناية بالأقدام. وينبغي كذلك إدراج مراكز الرعاية العاجلة.

دور رعاية المسنين:

دور رعاية المسنين هي إحدى المنشآت المؤسسية الرئيسية الأخرى إلى جانب المستشفيات، وأصبح الوصول إلى دور رعاية المسنين مشكلة متصاعدة نظراً لتزايد أعداد المسنين. وينبغي تحديد عدد دور المسنين إلى جانب عدد الأسرة ومعدلات الإشغال وفئات العملاء الذين يتلقون الخدمات. كما أن نوع السداد المقبول هو أحد الاعتبارات المهمة فيما يتعلق بالوصول إلى دور رعاية المسنين.

منشآت العلاج السكني:

ينطوي شكل آخر من أشكال الرعاية المؤسسية على مراكز العلاج السكنية. وتعد مراكز العلاج السكنية، المحجوزة عادة لمرضى الصحة السلوكية وتعاطي المخدرات،

منشــآت «مرضــى داخليين» بمعنــى أن عملاءها يقيمــون ليلاً في المرفــق. ولكنهم لا يحصلون عادة على الدعم الســريري الدائم الذي تقدمه المستشفيات. وتُعد أنواع العملاء الذين تلبي هذه المنشآت احتياجاتهم أحد الاعتبارات المهمة في قائمة الحصر، فضلاً عن نوع السداد الذي يتم قبوله.

مؤسسات الصحة المنزلية / ورعاية المحتضرين:

أصبحت مؤسسات الصحة المنزلية تلعب دوراً رئيسياً في تقديم الخدمات الصحية، خاصــة مع تحول التركيز مــن رعاية المرضى داخل المستشــفيات إلى رعاية المرضى خارجها. وهذه ليســت منشآت من الناحية الفنية نظراً لأنها في الواقع تقدم الرعاية في منزل العميل. وقد زادت مجموعة الخدمات التي يتم تقديمها في المنازل بشــكل مطرد وتمثل مؤسسات الصحة المنزلية مصدراً مهماً للرعاية خصوصاً في المجتمعات التي تعاني نقصاً في عدد الأطباء. وينبغي أن تحدد قائمة الحصر مؤسسات الصحة المنزلية من حيث الخدمات التي تقدمها ونوع السداد الذي تقبله. كما ينبغي تحديدها من حيث البنية التنظيمية مثل المؤسســة المســتقلة أو التابعة لسلسلة قومية أو برنامج يستند إلى مستشفى... إلخ.

ولا تنطوي دور رعاية المحتضرين عادة على منشآت مادية ولكنها تُعد برنامج رعاية يتــم تنفيذه في منزل المريض (رغم أنــه يمكن تقديم بعض خدمات رعاية المحتضرين في مستشــفى أو بعض الأماكن الأخرى). ورغم أن خدمــات الرعاية المنزلية ورعاية المحتضرين لن تكون عاملاً رئيسياً في التشغيل الشامل لنظام توفير الخدمة الصحية، ولكنها ضرورية لضمان تقديم مدى شامل من الخدمات.

مراكز الصحة العقلية:

غالباً ما يتم إغفال خدمات الصحة العقلية (التي يشــار إليها بشــكل متزايد باسم خدمات الصحة الســلوكية) في قوائم حصر منشآت الرعاية الصحية بسبب الانحياز للطب الجسدي. ومع ذلك، فإن نسبة متزايدة من سكان الولايات المتحدة تتلقى أنواعاً مــن خدمات الصحة العقلية. ومن المتوقع تزايد الطلب عليها مع انتشــار الأســاليب المعيشــية والظروف المتصلة بالإجهاد النفسي. وينبغي تحديد مراكز الصحة العقلية من حيث أحجامها وأنواع العملاء التي تخدمها ومصادر السداد الخاصة بها.

مراكز التشخيص:

نتيجة للجهود الرامية إلى نقل الرعاية من وضعية المرضى الداخليين، ظهر عدد من أنواع المنشآت المستقلة، بما في ذلك مراكز التشخيص الخارجية. وهي قد تكون مراكز تشخيص متعددة الأهداف أو أنها تركز على فئة تشخيصية معينة مثل الأشعة. وينبغي تحديد عدد وأنواع مراكز التشخيص المستقلة إلى جانب انتمائها التنظيمي.

مراكز الجراحة:

تُعد مراكز الجراحة المستقلة بالعيادات الخارجية المستقلة أحد المنتجات الأخرى للتحول من رعاية المرضى داخل المستشفيات إلى رعاية المرضى خارجها. مع نقل مختلف التخصصات لعملها الجراحي من وضع المرضى الداخليين إلى العيادات الخارجية، كانت مراكز الجراحة في العيادات الخارجية هي المستفيد الرئيسي. وينبغي، كما هو الحال مع غيرها من المنشآت، أن يتم تحديد نوع المرضى وحجم الخدمات وترتيبات السداد والانتماء التنظيمي باعتباره جزءاً من قائمة الحصر.

مراكز الرعاية العاجلة:

أصبحت مراكز الرعاية العاجلة (يطلق عليها العديد من الأسماء) تمثل وبشكل متزايد مصادر شائعة لخدمات الصحة الأساسية. وأصبحت هذه المراكز التي تم إنشاؤها في البداية بصفتها بديلاً للرعاية في غرف الطوارئ وخياراً للرعاية خارج ساعات العمل، بمثابة الدعامة الأساسية لقطاعات السكان الذين ليس لديهم مصدر منتظم للرعاية. إلا أنها مخصصة للرعاية العرضية المؤقتة وهي لا تقوم من الناحية الفنية بعمل مراكز الرعاية الصحية الأولية. وينبغي تحديد عدد المراكز وأحجامها والسداد المقبول إلى جانب انتمائها التنظيمي.

البرامج والخدمات:

يتم غالباً التمييز بين «البرامج» و«الخدمات»، إذ تشير الأولى عادةً إلى عملية متعددة الأهداف تدمج عدداً من الوظائف. وتشير الثانية عادة إلى طريقة علاج معينة قد يتم عرضها بطريقة مستقلة باعتبارها جزءاً من برنامج. وبالتالي، فإن المؤسسة التي تعرض مساعدين شخصيين للمنازل تقدم خدمة، في حين أن مؤسسة الصحية المنزلية التي توفر مجموعة خدمات تمريضية كاملة وخدمات إعادة التأهيل بالإضافة إلى مساعدين شخصيين لديها برنامج.

يمكن القول بأن الخدمات المتاحة توازي إلى حد كبير المنشآت المتوفرة. إلا أن مؤسسات مماثلة قد تقدم خدمات مختلفة تماماً وينبغي تحديد هذه الفروق. وغالباً ما يتم تقسيم الخدمات إلى فئات من خدمات مرضى داخليين أو مرضى خارجيين (أو متنقلة). وتقوم المستشفيات عادةً بتقديم خدمات المرضى الداخليين ولكن يمكن اعتبار دور رعاية المسنين ومراكز العلاج بالمنازل وبعض الأماكن المؤسسية الأخرى أنها تقدم خدمات رعاية مرضى داخليين. ويمكن الحصول على خدمات عيادات خارجية (أي الرعاية التي لا تشتمل على إقامة ليلية) من هذه المنشآت نفسها، ولكن من المرجح الحصول عليها من العيادات والمنشآت الأخرى المستقلة.

والخدمات الأخرى التي يمكن النظر فيها هي الخدمات الطبية الطارئة وخدمات الصحية المنزلية والرعاية على المدى الطويل ومختلف الخدمات المجتمعية. وبالإضافة إلى ذلك، ينبغي النظر في خدمات العلاج البديل على نحو متزايد باعتبارها فئة ينبغي حصرها.

ربما يكون تحديد البرامج والخدمات بشكل منفصل عن المنشآت الصحية والعاملين بها أكثر أهمية مما يبدو على السطح. وهذا يعود في المقام الأول إلى أن الخدمات تحدد المنشأة أكثر من تحديد المنشأة للخدمات في كثير من الحالات. بالإضافة إلى ذلك، فإن مستهلكي الرعاية الصحية يسعون على الأرجح إلى الحصول على خدمة معينة وقد لا يهتمون بنوع المنشآت التي تقدمها. فعلى سبيل المثال، سيبحث الشخص الذي يسعى للعلاج من اضطراب في الأكل عن هذا النوع من الخدمة وقد لا يكون مهماً ما إذا كان موجوداً في مستشفى أو مرفق علاج منزلي أو منشأة علاج لمرضى العيادات الخارجية. وسيكون من النادر بالنسبة للمستهلك اختيار مستشفى ثم تحديد ما إذا كان لديه الخدمة المطلوبة. (والاستثناء هو الحالات التي يحد فيها التأمين الخاص بالشخص من استخدام الشخص للمنشآت.)

الأجهزة:

ينبغي إدراج قائمة حصرية بالأجهزة الطبية الحيوية المتاحة للمجتمع في عملية تجميع البيانات القاعدية. وربما يصبح توفر (أو عدم توفر) أنواع مختلفة من الأجهزة قضية رئيسية في عملية التخطيط. وفي الواقع، ينبغي أن يشتمل الكثير من جهد التخطيط على تحديد المتمم المناسب للمعدات لخدمة سكان منطقة التخطيط. وينبغي أن تأخذ قائمة الحصر في اعتبارها نوع الأجهزة المتاحة ومستوى الاستفادة وعمر وحالة الأجهزة وترتيبات الملكية وأنواع السداد المقبول.

وفي الحالات التي لا تتوفر فيها الأجهزة الضرورية (مثل مجتمع دون آلة تصوير بالرنين المغناطيسي) ينبغي النظر في احتياجات السكان التي لم يتم تلبيتها في هذا الصدد. ومن ناحية أخرى، هناك حالات يوجد فيها فائض في أنواع معينة من الأجهزة. وربما يؤدي هذا الازدواج في الجهود إلى تحمل تكاليف غير ضرورية، ونقص في استخدام معدات باهظة الثمن وحالات أخرى مضرة بالنظام. وزاد القلق الأخير حول أنشطة الإرهاب البيولوجي المحتملة من الوعي بشأن الحاجة لمعدات متخصصة لاستخدامها في حالة حدوث هجوم نووي أو كيميائي أو بيولوجي.

وهناك فئة معدات مهمة أخرى هي تقنية المعلومات. فقد فشلت العديد من المبادرات الصحية على مستوى المجتمع والمنظمة في السنوات الأخيرة بسبب النقص في البنية التحتية للمعلومات. وما تزال الرعاية الصحية متخلفة عن غيرها من المجالات في اعتماد تقنية إدارة المعلومات المعاصرة. ويمكن أن يعزى الكثير من أوجه القصور في تشغيل نظام الرعاية الصحية إلى هذه الحالة. ومن المهم حصر وتقييم تقنية إدارة المعلومات المتاحة بين منظمات الرعاية الصحية الخاصة بالمجتمع وذلك من أجل تخطيط فعال على نطاق المجتمع. ومن الصعب على مستوى المنظمة أن نتخيل التشغيل الفعال لأية منظمة رعاية صحية في المستقبل، ناهيك عن الشروع في مبادرات تخطيط، أثناء غياب بنية تحتية كافية لإدارة المعلومات.

العاملون:

يمكن القول إن توافر العاملين السريريين في مجتمع ما هو أهم مؤشر لكفاية الموارد. فالقدرات العلاجية المتاحة للسكان هي انعكاس للعاملين المتاحين أكثر منه للمنشآت المتاحة. فينبغي تحديد العاملين من حيث النوع والأعداد والخصائص والتوزيع.

الأطباء:

ما زال الطبيب لاعباً محورياً في نظام الرعاية الصحية، رغم التحولات في السيطرة التي وقعت في السنوات الأخيرة. ولهذا السبب، ينبغي عمل قائمة حصرية لموارد الأطباء بأقصى دقة ممكنة، فينبغي حصر الأطباء كمجموعة ومن حيث توزيعهم حسب التخصص. وينبغي إلى أقصى حد ممكن تحديد الخصائص الأخرى على أنها جزء من الصورة العامة لهم. وتشتمل هذه الخصائص على مجالات التخصصات الفرعية والأعمار ونوع الممارسة (مثل ممارسة العمل في مكتب أو مستشفى) ومستوى

الجهد والانتماء لمستشفى... وهكذا دواليك. وزادت أهمية تحديد الخطط الصحية التـــي ينتمي إليها الطبيب (رغم أن هذا قد يكون أكثــر أهمية في التخطيط بالقطاع الخاص عنه في التخطيط على نطاق المجتمع).

ويُعد وضع قائمة دقيقة لحصر مجموع الأطباء أحد أصعب المهام في عملية التقييم المجتمعـــي. فلا يوجد دليـــل موحد للأطباء وعادة ما تكون المصادر المتاحة مثل قائمة الجمعيات الطبيـــة المحلية غير مكتملة أو معاصرة. وجعلت الاتجاهات الحديثة التي تنطـــوي على تغييرات متكررة في الانتماء إلـــى مجموعة وفتح مكاتب للرعاية الثانوية والثلاثية وزيادة فرص توظيف الأطباء من تحديد معدل للطبيب بدوام كامل أمراً أكثر تحدياً. وإذا كانت هناك كلية طب في المجتمع، قد يقوم كثير من الأطباء بتقسيم وقتهم بين رعاية المرضى والتدريس والبحث. ورغم أن الأطباء المقيمين في هذه المؤسســـات يمكن أن يمثلوا مورداً، فمن الصعب معرفة كيفية حسابهم من حيث جهودهم.

وينبغـــي أن يكون هناك تمييز في هذا الجرد بين أطبـــاء الرعاية الصحية الأولية والأطباء المتخصصين. ويمكن القول بشـــكل عام أن الفئتين من الأطباء تقومان بمهام منفصلة داخل المجتمع الطبي. فطبيب الرعاية الصحية الأولية مسئول عن الخدمات الأساســـية وعلى هذا النحو يُعد أطباء الأسرة وأطباء التوليد وأطباء الأطفال وأطباء الباطنة العامة أســـاس هذا النظام. فهـــم يقومون على نحو متزايد بمهمة «الحراس» الذين يوجهون المرضى إلى النظام.

إن المخططـــين في مجال الصحة المجتمعية مهتمون بشـــكل خاص بكفاية خدمات الرعايـــة الصحية الأولية. وهناك عنصر متأصل فـــي أي خطة صحية مجتمعية هو ضمان توفير الخدمات الأساســـية. ولهذا الســـبب، فإن الخطط على نطاق المجتمع تشـــتمل دائماً على معايير بالنسبة لمســـتوى الرعاية الصحية الأولية. ويمكن تحديد مدى كفاية مجموع الأطباء من خلال تطبيق هذه المعايير. وتعتبر نســـبة الأطباء إلى عدد الســـكان من أكثر المقاييس شـــيوعاً واستخداماً. بالنســـبة للرعاية الأولية، فقد أضفت إدارة خدمات الرعاية الصحية الطابع الرســـمي على هذا النهج وتنشـــر هذه الإدارة تقرير سنوياً عن المناطق التي تعاني نقصاً في الرعاية الصحية الأولية.

طاقم التمريض:

كانت الممرضات في الســـابق بمثابة العمود الفقري لنظام تقديم الرعاية الصحية، إذ يعتبـــرن أكبر فئة مـــن العاملين في الصناعة الصحية. ورغـــم أن عدد الممرضات

اللاتي يمارســـن المهنة في المجتمع قد لا يكون أكثر من كونه مســـألة طلب عنه مسألة عرض، فـــإن الأنماط الحالية لتوظيف الممرضات تقدم نظـــرة مهمة عن نظام تقديم الخدمة. تتزايد ممارسة الممرضين الممارسين (NP Nurse Practitioner) والممرضين التابعين للأطبـــاء (PNA Physician Nurse Assistant) وغيرهم من طاقم التمريض المدربـــين لمهنة التمريض بشـــكل مســـتقل. ربما يقوم هؤلاء الأفراد الذين يمارســـون مهنتهم تحت إشـــراف الطبيب في الواقع بتوفير الجزء الأكبر من الرعاية الأولية في بعض المناطق المحرومة.

تعانـــي الولايات المتحـــدة حتى كتابة هذه الســـطور نقصاً غير مســـبوق في عدد الممرضات. ويتزايد بشـــكل ســـريع متوســـط عمر الممرضات النشطات ولا يتم توفير بديلات مدربات بمعدل سريع بما فيه الكفاية ليحللن محل اللاتي تركن مجال العمل. وفي عام ٢٠٠٢ كان هناك مئات الآلاف من وظائف التمريض الشاغرة في البلاد. رغم أنه لم يكن جرد موارد التمريض من أولويات واضعي الخطط على مستوى المجتمع في الماضي، ولكنه مســـألة رئيسية في بيئة اليوم. غالباً ما يصبح توافر الممرضات داخل المجتمع مشكلة حتى بين واضعي الخطط على مستوى المنظمة.

الممارسون المستقلون الآخرون:

ينبغي حصر عدة فئات من الممارســـين المســـتقلين على أنه جزء من هذه العملية. وتشـــمل هذه الفئات: أطباء الأســـنان والصيادلة وأخصائيـــي البصريات وأخصائيي تقويم العمـــود الفقري وأخصائي معالجـــة القدم. ويحتل هؤلاء الممارســـون درجات محددة في منظومة تقديم الخدمة، تكون درجات مكملة عادة ولكنها تتنافس أحياناً مع خدمات الأطباء. وفي الواقع، فقد أصبح من الشائع في عصر الرعاية المدارة إحلال مســـتويات الخدمة «الأقل» من أخصائيي البصريات وأخصائيي تقويم العمود الفقري وأخصائيـــي معالجة القدم محـــل خدمات الأطباء الأكثر تكلفة مـــن أطباء الأعصاب وأطباء العيون وجراحي العظام.

موظفو الصحة العقلية:

كثيـــراً ما يتم إغفال العاملين في مجال الصحة العقلية عند إجراء عمليات التقييم المجتمعي. فقد منعهم موقعهم على هامش التيار الرئيسي للرعاية الصحية من أن يتم حصرهم بشكل فعال في مثل هذه المشاريع. فينبغي أن يحدد التقييم المجتمعي ويحصر مختلف الممارسين الذين يقدمون خدمات صحة نفسية وصحة سلوكية للمجتمع. ومن

المرجح أن تزيد أهمية هؤلاء الممارسين عند النظر في احتياجات السكان الضعفاء في المجتمع وينبغي أن يجذبهم تزايد انتشار المشكلات الصحية السلوكية أكثر نحو التيار الرئيسي لتقديم الخدمات الصحية.

مقدمو العلاج البديل:

هناك فئة جديدة من الممارسين ينبغي إدراجها الآن، وهي مجموعة متنوعة من مقدمي العلاج البديل ويمارسونه في المجتمع. كان يعتبر هؤلاء الممارسون حتى وقت قريب خارج التيار الرئيسي للرعاية الطبية التقليدية. ولكننا أدركنا اليوم أن المستهلكين ينفقون من أموال الرعاية الصحية على العلاجات البديلة مثلما ينفقون على الرعاية الطبية التقليدية. ويتم استخدام كل من أخصائيي العلاج البديل على أنهم مساعدون وبدائل للرعاية الصحية التقليدية. وبالتالي، ينبغي تحديد المكمل للمجتمع من أخصائيي العلاج بالإبر والعلاج بالأعشاب والعلاج بجرعات دوائية قليلة وأخصائيي التغذية....إلخ، مع الممارسين الأكثر تقليدية. وهذا هو الحال خاصة في المجتمعات ذات الكثافة السكانية العرقية الكبيرة التي من المرجح أن تحافظ على أشكال معينة من الممارسات الطبية التقليدية.

الشبكات والعلاقات:

ينبغي أن يكون هناك حصرٌ شاملٌ للخدمات الصحية المجتمعية يشتمل على استعراض للشبكات والعلاقات القائمة داخل منظومة تقديم الخدمات. ويُعد هذا الجانب من البحث صعب بشكل خاص لأنه من المرجح عدم وجودِ «دليل» للعلاقات من أجل المجتمع. وقد يكون بعض هذه العلاقات رسمي وعلني تماماً، ولكن البعض الآخر قد يتخذ شكل «كلمات شرف» ولا يقدرها العامة على نطاق واسع. وفي عصر الرعاية المدارة والعقود المتفاوض عليها للخدمات الصحية، حظي وجود شبكات وعلاقات بأهمية مضافة. فلا يمكن المبالغة في تقدير أهمية مثل هذه الحالات ويمكن القول إن وجود علاقات معينة أو عدمه كان الحاجز الرئيسي أمام التخطيط الفعال للخدمات الصحية في العديد من المجتمعات.

وينبغي على تقييم المنشآت المجتمعية النظر في العلاقات القائمة بين مختلف المنظمات. وينبغي كذلك تحديد النظم الصحية ذات المنشآت المتعددة في المجتمع، فضلاً عن المنشآت التي تملكها منشآت أو نظم صحية خارج المجتمع أو تكون تابعة

لهـا. كما يتعين تحديد إلى أي مدى قامت المستشـفيات بتنويع خدماتها في مجالات أخرى مثل الصحة المنزلية أو مراكز الرعاية العاجلة أو مراكز اللياقة البدنية.

وينبغي استخدام عملية مماثلة مع طاقم العمل لتحديد العلاقات القائمة. وقد تم في معظم المجتمعات إنشـاء شبكات مقدمي الخدمة من قِبل المستشفيات أو الخطط الصحية أو بعض الكيانات الأخرى. ونظراً لمشاركتهم في شبكات معينة فإنه يتم تقييد طاقم العمل في الصناعة الصحية بالنسـبة للمستشـفيات وغيرها من المنشآت التي يمكنهم استخدامها أو خطط التأمين الصحي التي يمكنهم قبولها.

قـام كبار أربـاب العمل في بعض المجتمعات بإنشـاء تحالفـات تجارية للتفاوض مباشـرة مع مقدمي الرعاية الصحية أو خطط التأمين أو كل منها. ربما تنطوي هذه العلاقات على عقود حصرية بين المشترين الرئيسيين للنظم الصحية المحلية والرعاية التي ينبغي أن تؤخذ بعين الاعتبار أثناء عملية التخطيط.

هناك جانبٌ مهم من جوانب هذا التحليل ويشـمل علاقات الإحالة، فيتم استخدام «أنماط الإحالة» على نطاق واسـع هنا ليشـمل الإجراءات التي توجه المستهلكين نحو اسـتخدام خدمة أو شراء منتج. فقد زادت أهمية أن تعرف المستشفيات مثلاً من هم الأطباء الذين يسـمحون بمعالجة المرضى بالمستشفى (ومن يحيل إلى من) وأن يعرف الأخصائيون من هم أطبـاء الرعاية الصحية الأولية الذين يحيلون مرضى إليهم، وأن تعرف مراكز الرعاية العاجلة كيف توصل إليهم المرضى.

وتُعد أنماط الإحالة في سياق التخطيط على نطاق المجتمع، هي على الأرجح، الأكثر أهميـة فيما يتعلق بخدمات الصحة العامة والعيادات المجتمعية. وينبغي على المخطِط وضـع فهم واضح للعمليات التي يمكن من خلالها للمسـتهلكين الوصول إلى الخدمات التي تدعمها الدولة، وإلى أي مدى تقوم شبكة الأمان بحماية المعوزين طبياً.

مصادر التمويل:

يُعد فهم الطريقة التي يتم بها تمويل الخدمات الصحية داخل المجتمع جانباً مهماً من جوانب التحليل. ومن الواضح أن مزيج الدافعين الذي تمت مناقشـته سـابقاً هو نقطة البداية لتحديد كيف يمكن للمجتمع سـداد رسـوم الرعايـة الصحية والقدرة النسبية للسكان لدفع ثمن الخدمات في النهاية. ويعتبر مدى اعتماد السداد للخدمات الصحية على التمويل الحكومي في شـكل برنامجي الرعاية الطبية والمساعدة الطبية

أمراً مهماً. كما أن مستوى الالتزام بتمويل أهداف الصحة العامة والأعمال الخيرية من الأمور المهمة. وينبغي تحديد المصادر الفريدة للتمويل مثل برامج الولاية لعلاج الأمراض العقلية. كما ينبغي تحديد مصادر التمويل لخدمات الصحة العقلية، لأنه يتم عادة السداد لهذه الخدمات بموجب نظام مختلف عن خدمات الصحة البدنية.

من المرجح أن يكون نهج التخطيط مختلفٌ تماماً بالنسبة للمجتمعات التي تتمتع بنسبة عالية من التأمين التجاري وعدد كبير من السكان المشتركين في برنامج الرعاية الطبية «ميديكير» وأعداد كبيرة من المرضى غير المؤمن عليهم والمشتركين في برنامج المساعدة الطبية «ميديكيد». وينبغي في الواقع أن يكون مزيج الدافعين في صدارة الأولويات في عقول واضعي الخطط على مستوى المنظمة.

تقييم الحالة الصحية وموارد الرعاية الصحية:

يتعين تقييم احتياجات المجتمع وموارده وذلك بمجرد تحديدها وحصرها. ويمكن استخدام عدد من الأساليب في هذا الصدد، رغم أن جميعها ينطوي في النهاية على نوع من التحليل المقارن. ويمكن أن ينطوي تقييم مؤشر الحالة الصحية مثلاً على مقارنة مع هذا المؤشر نفسه في مرحلة زمنية سابقة أو مقارنة مع المؤشر لمجتمع مماثل أو المتوسط القومي أو مقارنة مع بعض المعايير التي تم تأسيسها. وينبغي في الواقع تقييم مؤشر ما من جميع هذه المنظورات. وبالتالي، إذا كان المؤشر المذكور يتمثل في وفيات الرضع، فيمكن حينها مقارنة معدل وفيات الرضع الحالي مع المعدلات التاريخية (ويتم تأسيس اتجاه)، مع الإبلاغ عن معدلات مجتمع قابل للمقارنة أو متوسط ذي مغزى (مثل المتوسط الخاص بالولاية أو الدولة) والمعايير المحددة (مثل معدل وفيات الرضع المستهدف المحدد في برنامج الأشخاص الأصحاء لعام ٢٠١٠).

إن العوامل التي يمكن استخدامها لتقييم نظام الرعاية الصحية ليس لها حدود تقريباً، وكثيرة جداً لدرجة عدم القدرة على إحصائها. ويمكنها أن تعكس الخصائص الديموغرافية (مثل نسبة الإعالة ونسبة الجنس) أو الخصائص الاجتماعية والاقتصادية (مثل مستوى الفقر والوضع الوظيفي) أو الحالة الصحية (مثل الولادة المبكرة وحالات الوفاة التي يمكن تجنبها)، وأنماط السلوك الصحي (مثل مستوى المناعة والمشاركة في رعاية ما قبل الولادة) واستخدام الخدمات الصحية (مثل معدل تصوير الثدي بالأشعة، ومعدل زيارة الأطباء) والقدرة على دفع تكاليف الخدمات الصحية (مثل السكان غير المؤمن عليهم والتسجيل في برنامج الميديكيد) وعدد المنشآت والموظفين (مثل نسبة

الأطباء إلى المرضى ونسبة الأسرة إلى السكان)... إلخ. وكما هو موضح أدناه، يمكن استخدام العديد من هذه العوامل لإنشاء مؤشر للحالة الصحية على نطاق المجتمع.

مؤشرات الحالة الصحية:

يتم عادة وضع مؤشر للوضع الصحي في سياق التقييم المجتمعي. والهدف من هذا المؤشر هو توفير رقم منفرد يمكن اعتباره مؤشراً على الحالة الصحية للمجتمع المعني. ويتم ذلك من خلال جمع البيانات المتعلقة بعدد من الخصائص ذات الصلة لإنشاء مؤشر. وتشتمل فئات البيانات التي يتم استخلاص المتغيرات منها على بيانات ديموغرافية وإحصاءات مهمة ومقاييس الاستفادة ومستويات التوظيف ومقاييس حدوث وانتشار مختلفة.

ورغم أن هذا المؤشر لا يعني الكثير في حد ذاته، ولكن يمكن استخدامه للمقارنة بين المجتمعات الفرعية داخل السكان وبعضه البعض والمتوسط المجتمعي أو بعض «المعايير» الأخرى. كما يمكن استخدامه في رصد التغيرات في الحالة الصحية للمجتمع مع مرور الوقت أو لمقارنة المجتمع أو متوسط وطني أو معيار قائم من نوع ما.

قامت منظمات متنوعة بتحديد مؤشرات تعتقد أنها مهمة في إيجاد مؤشر للوضع الصحي. ومن بين هذه المنظمات اللجنة القومية لضمان الجودة National Committee for Quality Assurance ومعهد الطب Institute of Medicine وإدارة الموارد والخدمات الصحية Health Resources and Services Administration داخل وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (انظر المربع رقم ٦-١ للحصول على مناقشة أكثر تفصيلاً عن مؤشرات الحالة الصحية).

تلخيص التقييم المجتمعي:

يمكن استخدام عدد من الأساليب المختلفة لتقييم النظام في هذه المرحلة، إذ ينطبق بعضها على جوانب مختارة من التحليل، مثل التحليل الديموغرافي، ولكن البعض الآخر مثل تحليل الفجوات، سيسمح بإجراء تقييم أكثر شمولاً لوضع الاحتياجات أو الموارد. (ستتم مناقشة بعض الأساليب الأكثر أهمية في الفصل الحادي عشر).

مربع ٦-١

مؤشر الحالة الصحية:

بالنســبة لواضعي الخطط الصحية، كان وجود مؤشــر حالة صحية مقبول بمثابة خطــوة مهمة ولكنها صعبــة المنال. وبدءاً مــن حركة المؤشــرات الاجتماعية في ســتينيات القرن العشــرين، كان الاهتمام الدوري المعبر عنه يتمثل في وضع مؤشر يمكن استخدامه لتمثيل الحالة الصحية للسكان أو المجتمع بشكل مطلق أو نسبي. وهنــاك اهتمام متجدد بمفهوم اليوم المتمثل في التنمية نظراً لتنشــيط التخطيط على نطاق المجتمع.

مؤشــر الحالة الصحية هو رقم مفرد يمثل الحالة الصحية للســكان أو لمجتمع ما. وهو ينطوي على محاولة لقياس الحالة الصحية بشــكل موضوعي وقابل للقياس. ويتم إنشاء مؤشــر الحالة الصحية عن طريق الجمع بين عدد من مؤشرات الحالة الصحية للأفراد في مؤشــر واحد. ويمكن بعد ذلك اســتخدام هذا المؤشر لمقارنة مســتوى الحاجة من مجتمع إلى آخر. ويمكن اســتخدامه على أنه أساس لتحديد أولويات وتقييم جدارة البرامج المقترحة. كما يمكن اســتخدامه باعتباره أساســاً لتخصيص الموارد وأداةً لتقييم فعالية البرامج القائمة.

هناك عدد من المشــكلات المفاهيمية التي تحيط بتطوير مؤشرات الحالة الصحية. وتبدأ هذه المشكلات بسؤال عن المؤشرات التي ينبغي ضمها. ويضاف إلى هذا قضايا القياس الكمي والقياس. كما تثار مسألة كيفية وزن مختلف مؤشرات المكونات، ولا توجد وســائل بســيطة لحل هذه القضايا. فينبغي أن يقــوم كل تحليل بمعالجتها بأفضل طريقة ممكنة وتوثيق العملية المستخدمة في تطوير المؤشر بعناية.

ويمكن اســتخدام مجموعة متنوعة من المؤشرات في إنشاء مؤشر للحالة الصحية. وتعتبر العديد من المؤشــرات التي يمكن إدراجها مثــل معدلات الوفاة واضحةً إلى حد ما، وهناك مؤشرات أخرى مثل مؤشرات ديموغرافية معينة قد لا تكون كذلك. ومع ذلك، فمن الشــائع اســتخدام صفات ديموغرافية، مثل: نســبة السكان غير البيض ونســبة الإعالة والتحصيل العلمي على أنها مؤشــرات لمكونات في مؤشــر الحالــة الصحية. ويشــار إلــى بعض هذه الصفات باســم مقاييس «بالمؤسســة» للحالة الصحية، وذلك لأنها ليست مؤشرات مباشرة للأحوال الصحية ولكن يمكن افتراضها بشكل غير مباشر للإشارة إلى مستوى الحالة الصحية بين السكان.

وتشـمل الفئات الرئيسـية لمؤشـرات الحالة الصحية والتي يتم استخدامها بكثرة على مؤشـرات نسـبة المراضة ومؤشرات النتائج ومؤشـرات الاستفادة ومؤشرات تواجد الموارد ومؤشـرات الحالة الوظيفية. ويُعد مقاييس نسبة المراضة مؤشرات واضحة على الحالة الصحية، وذلك لأنها تعكس مدى انتشار و/ أو الإصابة لحالات مختلفة، فضلاً عن مسـتوى الإعاقة بين السـكان. وهكذا، فإن مدى تأثر السكان بمختلـف الحالات الحادة والمزمنة يُعـد عنصراً مهماً في أي مؤشـر على الحالة الصحيـة. (ولكن لسـوء الحظ، من الصعب الحصول علـى البيانات الفعلية على نسـبة المراضة على الرغم من أهميتها البالغة، وما يزال هذا منطقة إشـكالية في إنشاء مؤشر الحالة الصحية).

تسـمى مقاييس النتائج بهذا الاسـم لأنها تعكس على ما يبـدو مدى فعالية نظام الرعاية الصحية. وتشـتمل مقاييس النتائج على مؤشـرات مثل معدلات الوفيات ومعدلات الوفيات بين الرضع والعمر المتوقع وسنوات العمر المفقودة المحتملة. ومن بين هذه المقاييـس، يُعد معدل الوفيات بين الرضع هو الأكثر فائدة باعتباره مكوناً لمؤشـر الحالة الصحية، لأنه أكثر بكثير من كونه مجرد معدل للوفيات بين الرضع، فهو يكشـف عن الكثير عن الأحوال المعيشـية ومسـتويات التغذية والعنف المنزلي وعدد من الأبعاد الاجتماعية والاقتصادية الأخرى والحالة الصحية.

كما تُسـتخدم مقاييس الاستفادة على أنها مكونات لمؤشر الحالة الصحية. ويشتمل هذا على مؤشرات مثل: معدل الدخول للمستشفى ومعدل الزيارات لغرفة الطوارئ ومعـدل زيارة الطبيـب... إلخ. وتميل هذه المقاييس إلى أن تكون أكثر إثارة للجدل لأنه يمكن محاولة برهنة أن هذه المؤشرات إيجابية أو سلبية.

يسـتلزم توافر الموارد مجموعةً أخرى مهمة من المؤشـرات والتي تتضمن نسبة أسرة المستشـفيات بالنسـبة لعدد السكان ونسـبة الأطباء إلى عدد السـكان وغيرها من مقاييس الموارد. ويتمثل الأسـاس المنطقي لاستخدام هذه المؤشرات في أنه ينبغي أن يرتبط مستوى تواجد الموارد مع ارتفاع الحالة الصحية. ورغم أن هذا أمرٌ مثيرٌ للجدل كذلك، فإنه يتم في كثير من الأحيان استخدام مثل هذه المؤشرات في إنشاء المؤشر.

وتشكل مقاييس الحالة الوظيفية فئةً إضافيةً من مؤشرات الحالة الصحية. وتشمل هذه المؤشرات مجموعة من المقاييس مثل أيام العمل المفقودة وأيام المدرسة المفقودة وأيام البقاء في السـرير وأيام المنع من مزاولة الأنشطة... إلخ. ويعكس استخدام هـذه المقاييس فكرة أن الأفـراد ذوي القدرات الوظيفية المحـدودة يظهرون حالة صحية سيئة (بغض النظر عن مصدر المحدودية).

ويمكن احتساب مؤشرات الحالة الصحية لأي مستوى من الجغرافيا تتوافر عنه بيانات. ومع ذلك، فإنه كلما كان حجم الوحدة الجغرافية أصغر كان التمييز الذي يمكن إجراؤه أدق. تقوم العديد من مؤسسات التخطيط الصحي بإجراء تحليلات وصولاً إلى مستوى جهاز الإحصاء، في حين تستخدم مؤسسات أخرى الرمز البريدي أو المقاطعة وحدةً للتحليل.

وفيما يلي بعض عينات المؤشرات التي يمكن أخذها في الاعتبار عند إنشاء مؤشر الحالة الصحية:

التغير السنوي في عدد السكان	نسبة البطالة
عدد السكان ممن تقل أعمارهم عن ١٥ عاماً	معدل الخصوبة
عدد السكان ممن تزيد أعمارهم على ٦٥ عاماً	معدل الوفيات
نسبة الجنس	معدل الوفيات بين الرضع
عدد السكان الأمريكيين من أصل أفريقي	حالات الولادة المبتسرة
عدد السكان العرقيين/الإثنيين	حالات الولادة بين المراهقين
متوسط دخل الأسرة	حالات الولادة خارج إطار الزواج
الأسر التي تحت خط الفقر	حالات الإصابة بالإيدز
الأسر التي ترأسها نساء	نسبة الأطباء إلى عدد السكان

بمجرد اختيار المؤشرات، ينبغي تعيين القيم لكل مؤشر ولكل وحدة جغرافية يجري تحليلها. ويمكن استخدام عدة مناهج مختلفة لهذه العملية، والعامل المهم هو الاقتراب لكل من الدقة العلمية والصحة الشكلية بأقصى ما يمكن. وبافتراض أن جميع المؤشرات ستكون متساوية الأوزان، قد يتمثل أحد المناهج في تسجيل كل مؤشر على مقياس من (١) إلى (٥) لكل وحدة جغرافية. ويتم تسجيل خصائص سلبية كلما كان المؤشر أقرب إلى (١) وتكون الخصائص الإيجابية كلما كان أقرب إلى (٥). ويمكن تجميع نقاط كل مؤشر وقسمتها على عدد المؤشرات للحصول على متوسط درجة كل وحدة جغرافية في مكان ما بين (١) و (٥). تجدر الإشارة إلى أن العدد المطلق الذي يتم إيجاده من خلال العملية لا يعني الكثير، فقيمته مستمدة من القدرة على مقارنتها بأرقام أخرى. ويمكن استخدام رقم المؤشر هذا مثلاً لمقارنة مجتمع بآخر أو تتبع الحالة الصحية لمجتمع معين مع مرور الوقت.

وينبغي أن تنشـئ عملية التقييم المجتمعي وثيقة تلخص خصائص المجتمع والقضايا ذات الصلـة بالتخطيط الصحي. ويتعين أن يشـرح الملخص الخصائص الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية للمجتمع والاتجاهات المتوقعة في هذه الخصائص. كما ينبغي أن تلخـص الحالة الصحية بالمجتمع وأن تشـير إلى أي قضايا خاصة في هذا الصدد. وسـيصف الملخص ممارسات الرعاية الصحية السائدة في المجتمع بما في ذلك أنماط الإحالة. كما ينبغي أن يشمل حصراً للخدمات الصحية المتاحة وتقييم خصائصها.

يتمثل التحديد البالغ الأهمية في أي عملية تخطيط في مدى تلبية الموارد الحالية لاحتياجات السكان. وستكشف النتائج في هذا الصدد عما تبقى من عملية التخطيط. ويقدم تحديد حالات عدم التطابق وسوء التوزيع والنقص أو الفائض في موارد الرعاية الصحية أساسـاً لكثير من أنشـطة التخطيط التالية. والهـدف النهائي هو تحديد احتياجـات الرعايـة الصحية التي لم يتم تلبيتها داخـل المجتمع ومعالجتها من خلال عملية التخطيط.

وينبغـي وصف الحالـة العامة للمجتمع مع الاهتمام بشـكل خـاص بالفجوة بين الاحتياجات والخدمات. وسـتقدم هذه الاحتياجـات الصحية التي لم يتم تلبيتها مع غيرها من القضايا المحددة الأسـاس لأنشطة التخطيط التي تحدث بعد ذلك. تقدم وثيقة «حالة المجتمع» هذه نقطة انطلاق يتم منها قياس جميع الحالات المستقبلية.

رغـم أن هؤلاء الذين كانوا يضعون خططاً للمنظمات لم يركزوا في السـابق على عمليـة التقييم المجتمعي، أصبح وضع المجتمع الأوسـع في الاعتبار شـائعاً على نحو متزايد. فلم يقتصر الأمر على توفير التقييم المجتمعي لسـياق أي مبادرات تخطيط قد تقوم بها المنظمة، ولكن صار مسـتوى من التقييم المجتمعي شـرطاً أساسياً لتنفيذ مبادرات التخطيط القائم على السكان التي يقوم بها عدد متزايد من منظمات الرعاية الصحية.

المراجع:

- Center for Evaluative Clinical Sciences (1999). The Dartmouth Atlas of Healthcare. Hanover, NH: Center for Evaluative Clinical Sciences.

مصادر إضافية:

- Dever, G. E. A. (1991). Community Health Analysis. Gaithersburg, M D: Aspen. Mitchell, Arnold (1984). The Nine American Life styles. New York: Warner Books.

الفصل السابع
تدقيق التخطيط

عندما يتم التخطيط على مستوى المنظمة، فكثيراً ما يشار إلى عملية جمع البيانات على أنها «تدقيق تخطيطي». ويمكن أن يتخذ التدقيق مجموعة متنوعة من الأشكال وعادةً ما يشتمل على عملية تدقيق داخلي وآخر خارجي. كما تختلف طبيعة التدقيق حسب نوع التخطيط الذي يتم القيام به. ويكون تدقيق مشروع تخطيط إستراتيجي ما مختلفاً عن تدقيق خطة التسويق. ومن ناحية أخرى، يركز التخطيط الإستراتيجي والتخطيط التسويقي على التدقيق الخارجي على حساب التدقيق الداخلي، في حين يركز التخطيط المالي وتخطيط الموارد البشرية وتخطيط المنشآت على التدقيق الداخلي.

وكما هو الحال مع التقييم المجتمعي، ليس هناك طريقة واحدة لإجراء تدقيق تخطيطي. وبالتالي، فهذا الفصل لا يسعى لتقديم نموذج دقيق لإجراء تدقيق تخطيطي ولكنه يقدم صورة عامة يمكن تطبيقها في كل الحالات تقريباً ويمكن تعديلها من أجل وضع معين.

تحديد الافتراضات:

تتمثل المهمة الهامة هنا، كما هو الحال في مواضع أخرى، في تحديد الافتراضات. فينبغي ذكر الافتراضات في بداية المشروع، ويمكن تعديلها أو توسيعها مع جمع معلومات عن المنظمة والسوق والوضع التنافسي. ويمكن أن تتعلق الافتراضات بالعديد من جوانب العملية ومكونات محددة بها. ويمكن في الواقع ذكر افتراضات حول العملية نفسها لتشير مثلاً إلى القضايا التي يمكن أو لا يمكن دراستها في عملية التخطيط.

ينبغي خلال عملية تحديد الافتراضات أن تتم إعادة النظر في رسالة المنظمة. وإذا لم يكن هناك بيان للرسالة في الوقت الحالي، فينبغي حينئذ وضعه وذلك لأن بيان الرسالة يُعد بمثابة المبدأ المنظم لعملية التخطيط. ومع أنه يمكن تدقيق البيان أثناء العملية، فهو يقدم نقطة البدء للتخطيط.

الإعداد لتدقيق عملية التخطيط:

تتـم عمليـة التدقيق بعد القيام بجهـود جمع المعلومات الأوليـة، وينبغي أن يكون المحللون قد استعرضوا نسخاً من أي خطط أو تقارير بحثية أو دراسات استشارية تم وضعها مسـبقاً على أنها نقطة انطلاق لمزيد من الجمع الرسمي للبيانات. وينبغي أن يكون قد تم إجراء مقابلات مع أفراد مطلعين داخل المنظمة. وفي كثير من الحالات، ينبغي أن يكون قد تم إجراء مقابلات مع أشخاص مطلعين من خارج المنظمة أيضاً.

ويتعين أن تكون أنشطة جمع المعلومات الأولية هذه قد جعلت المخطط يتعرف على الفاعلين المؤسسيين الرئيسيين وكبار صناع القرار وقادة الرأي داخل المنظمة. وينبغي كذلك أن تكون هذه العملية قد كشـفت كذلك عن القضايا الرئيسـية من وجهة نظر المشـاركين. ورغم أنه من المرجح القيام بتنقيح هـذه القضايا خلال عملية التدقيق، ولكنها تعمل بمثابة «نقاط حوار» من أجل بدء العملية.

يتعـين كجزء مـن هذه العملية تحديـد أي عوائق قد تحول دون إجـراء التدقيق. وقد تشـتمل هـذه العوائق على أفراد قـد يقاومون هذه العملية أو بيانات حساسـة لا يصـل إليها المحللون أو أوجه القصور في نظم إدارة المعلومات قد تشـكل تحديات للتدقيق. وتسـاعد هذه المعلومات على تشـكيل افتراضات تكشف عن التدقيق على مستوى التخطيط.

وينبغي على المخطط بصفته جزءاً من الإعداد للتدقيق على مسـتوى التخطيط أن يضع خطة مشروع لهذا المكون من البحث التخطيطي. وستحدد هذه الخطة الأنشطة التي سـيتم تنفيذها باعتبارها جزءاً من التدقيق. فسـتحدد الأفراد والإدارات داخل المنظمـة (وإلى حد أقل خارج المنظمة) الذين ينبغي أن يشـاركوا في عملية التدقيق. كما سـتحدد أنواع المعلومات التي ستكون مطلوبة لكل نشاط وتضع تسلسلاً للأحداث التي يجب اتباعها من أجل إتمام عملية التدقيق.

هنـاك خطوة مهمة وأخيرة في عملية الإعداد وهي تشـتمل على تنبيه من هم في المنظمة بأنه سـيتم إجراء تدقيق تخطيطي والكشف عما ستتضمنه. وعلى الرغم من أن التدقيق سيشـتمل على عملية منهجية وموضوعيـة لجمع البيانات وتحليلها، ربما ينظـر إليها الكثيرون داخل المنظمة على أنها سـعي للتفتيش على «ماضيهم المعيب». ولهذا السبب، من المهم أن يدرك كل شخص مشارك طبيعة التدقيق وأن التهديد الذي تمثله هذه العملية ضد من هم داخل المنظمة لا يذكر.

تخطيط جمع بيانات التدقيق:

ينطوي تدقيق عملية التخطيط على فئتين رئيسيتين من البيانات: البيانات الداخلية والبيانات الخارجية. إن معرفة الخصائص الداخلية للمنظمة أمرٌ ضروري بالنسبة لعملية التخطيط ومن المرجح بذل قدر كبير من الجهد لتكوين فهم مفصل لعملياتها الداخلية. (هذا النوع من التحليل نادر في التخطيط على مستوى المجتمع؛ لأن عدة منظمات تشارك في تلك العملية). كما أن البيانات عن البيئة الخارجية ضرورية كذلك بالنسبة لعملية التخطيط، وخاصة إذا تم إجراء تخطيط إستراتيجي أو تخطيط تسويقي أو تخطيط أعمال. لمزيد من ممارسات التخطيط الاستقرائي (مثل التخطيط المالي وتخطيط المنشآت)، ينبغي وضع البيئة الخارجية في الاعتبار.

يشرح هذا القسم بعض أنواع البيانات الداخلية والخارجية التي تعتبر مهمة في عملية التدقيق. وتوجد معلومات إضافية عن مصادر مثل هذه البيانات في الفصل الثاني عشر.

التدقيق الداخلي:

يمكن لجميع منظمات الرعاية الصحية أن تصل وبشكل فوري إلى «كنز» من المعلومات الذي يتمثل في السجلات الداخلية الخاصة بها. وتقوم منظمات الرعاية الصحية بشكل روتيني بتكوين كمية كبيرة من البيانات على أنه منتج ثانوي لعملياتها المعتادة. وتشتمل أنواع البيانات التي يمكن استخلاصها عادةً من السجلات الداخلية على خصائص المرضى واتجاهات الاستفادة ومصادر الدخل.

ويمكن الحصول على هذه البيانات من خلال إجراء التدقيق الداخلي. ويمكن تقسيم التدقيق الداخلي إلى عدد من المجالات الوظيفية لأهداف المناقشة. فالتدقيق يفحص بنية المنظمة وعملياتها وعملائها ومواردها. ويشتمل تحليل البنية على فحص «تنظيم موارد المنظمة» وتحديد من هم الأفراد العاملون المسئولون عن أي وظائف، وفي حالة تدقيق مستشفى أو مجموعة أطباء وعند تكوين صورة عامة عن الطاقم الطبي.

ويتناول هذا التحليل لعمليات المنظمة التحقيق في تدفق العملاء خلال النظام وما يصاحبه من تدفق للمستندات الورقية. فهو يحدد ويقيم خطوط الاتصال، من عملية صنع القرار في القمة وحتى نقل التفصيلات التشغيلية في قاع المنظمة. كما ينطوي تحليل العملية على استعراض للاتجاهات المالية، بما في ذلك عملية التسعير. فالمكونات المشمولة بالتدقيق وكذلك الاهتمام المنسجم الممنوح لمختلف جوانب العملية

ستعتمد على طبيعة المشاركة في التخطيط. ويتم عادةً إدراج فئات المعلومات التالية في التدقيق الداخلي.

عمليات الإدارة:

ينبغي أن يقوم التدقيق الداخلي بفحص عمليات الإدارة القائمة وذلك لأنها تؤثر في الكثير من الأبعاد الأخرى بالمنظمة. فينبغي أن يقوم التدقيق باستعراض البنية التنظيمية وفحص السياسات والإجراءات المعمول بها وتقييم مستوى الكفاءة والإنتاجية التي تميز المنظمة إلى أقصى حد ممكن. ولابد من تفهم عملية صنع القرار وتحديد مدى استعداد الإدارة للمشاركة في عملية التخطيط. كما أن دعم الإدارة أمر أساسي لنجاح مبادرة التخطيط.

تقنية المعلومات:

تعد تقنية المعلومات الخاصة بالمنظمة في وقتنا الحاضر إحدى المكونات الأولى للعملية الداخلية التي من المرجح دراستها. كما أن قدرات إدارة المعلومات في المنظمة سوف تؤثر في المقام الأول على كمية ونوعية البيانات التي يمكن إيجادها لتحليل التخطيط. إلا أن الأهم من ذلك هو حقيقة أن نظم المعلومات توفر أساساً لأداء معظم الوظائف الأخرى داخل المنظمة. فالمعالجة الكفؤة للعملاء وعمليات التحصيل والفوترة الفعالة وتتبع الأنشطة التسويقية ليست سوى بعض فوائد تقنية المعلومات.

ورغم أن العديد من منظمات الرعاية الصحية تمكنت في الماضي من البقاء دون امتلاك قدرات إدارة معلومات كافية، فإن ذلك لن يكون ممكناً في المستقبل. فالطلب على البيانات يتزايد يوماً بعد يوم والمنظمات التي لا تتجاوب لن تكون في وضع تنافسي ملائم. فينبغي أن تكون هناك معلومات مفصلة متاحة مثلاً للتفاوض على عقود الرعاية المدارة. وفي الواقع، ليس من المتوقع أن تتعاقد خطط الرعاية المدارة في المستقبل مع مقدمي الخدمات الذين ليس لديهم مستوى إدارة المعلومات الذي تتطلبه خطة الرعاية المدارة.

إن التطورات الأخيرة في إدارة المعلومات بمجال الرعاية الصحية المتعلقة بمشكلة الألفية الثانية Y2K 2000 وقانون نقل واستمرار تغطية التأمين للعاملين وعائلاتهم عند فقدان العامل لوظيفته أو تغييرها المعروف بـ HIPAA Health Insurance) Portability and Accountability Act, 1996 قابلية التأمين الصحي وقانون المساءلة)

جميعها يضع احتياجات إدارة المعلومات في صدارة المشهد. وسيؤدي الاهتمام المتزايد بالمكاتب التي لا تستخدم أوراقاً، والحاجة لإدارة بيانات المرضى بكفاءة إلى استمرار الاهتمام بقضايا إدارة المعلومات لفترة من الوقت في المستقبل.

الخدمات / المنتجات:

تتمثل الخطوة المبكرة في التحليل الداخلي عادةً في التعرف على الخدمات والمنتجات التي تقدمها المنظمة. قد يكون «المنتج» واضحاً في بعض الحالات، وقد لا يكون كذلك في حالات أخرى. فيمكن بسهولة تكوين صورة عامة عن منظمة تقدم خدمة أو منتجاً واحداً، ولكن نادراً ما يوجد هذا الوضع في مجال الرعاية الصحية. تقدم معظم منظمات الرعاية الصحية مجموعة من الخدمات و/ أو المنتجات، لكن من غير المحتمل أن تكون قد فكرت فيها من حيث كونها منتجات محددة. وتتطلب هذه الخطوة عادةً مزيداً من الجهد في مجال الرعاية الصحية عنها في المجالات الأخرى، لأنه قلما يتم تركيز الاهتمام على تحديد طبيعة الخدمات والمنتجات التي تقدمها المنظمة. فينبغي تكوين صورة عامة عن كل خدمة ومنتج ليس فقط من حيث تحديد خصائص المنتج أو الخدمة، ولكن أيضاً من حيث التعبئة والعرض وأي عامل آخر قد يؤثر في القدرة على تسويقه.

خصائص العملاء:

ينبغي أن يحدد تحليل العملاء ملامح جميع عملاء المنظمة ويكون صوراً عامة لهم. فقد يكون العملاء محددين للغاية (كما هي الحالة في شركة المستلزمات الطبية التي يقتصر عملاؤها على بنوك الدم) أو منتشرة جداً (كما هي في حالة المستشفى العام حيث تحتوي على عدة مجموعات من العملاء). أما بالنسبة لمقدمي الرعاية الصحية، فإن المرضى هم عادة مجموعة العملاء الذين يحصلون على أكبر قدر من الاهتمام. ويشتمل النمط الأساسي للمرضى الموجودين على خصائص ديموغرافية واجتماعية واقتصادية ومزيج من الحالات (مثل التشخيص والإجراءات) ومزيج الدافعين ومكان الإقامة، ويمكن مع هذه المعلومات أن يتم تقييم «جودة» جمهور المرضى الحاليين ويحدد القطاعات «المرغوب فيها» أكثر ويحدد فئات المرضى التي يرغب المرء في استهدافها.

أنماط الاستفادة:

يُعد تحليل مستوى الاستخدام خدمات ومنتجات المنظمة عنصراً مهماً من عناصر التحليل الداخلي. وتقدم المستويات الحالية من الاستفادة، إذ إن حالات الدخول أو زيارات العيادات أو الإجراءات التي تتم أو المنتجات المباعة نقطة بداية لفهم عمل المنظمة. وستعتمد مقاييس الاستفادة المؤكد عليها في التدقيق على طبيعة المنظمة ونوع عملية التخطيط.

ربما يبادر المخططون بتصنيف معدل الاستفادة حيث عدد من الأبعاد بما في ذلك الفئة السريرية (مثل أمراض القلب وأمراض العظام) وخصائص المرضى (مثل العمر والجنس) وفئة الدافعين (مثل ميديكير والتأمين الخاص) والأصل الجغرافي للمرضى من حيث الرمز البريدي لمسقط رأسهم أو المقاطعة.

إن تحليلات الاستعماية لا تقدم «صورة مختصرة» للوضع الحالي للمنظمة فحسب، ولكنها مهمة خاصة تتبع أداء المنظمة. وبالتالي، ينبغي أن يدرس التحليل الاتجاهات السابقة للاستفادة وأن يشتمل على توقعات أنماط الاستفادة في المستقبل. وتقدم التغيرات في الاستفادة بمرور الوقت معلومات عن الوضع المتغير للمنظمة فيما يتعلق بالسوق.

البيانات المالية:

أصبحت البيانات الخاصة بالحالة المالية للمنظمة عنصراً مهماً في عملية التدقيق. كما أن المعلومات المالية لها تأثيرات مباشرة في تطوير المنتجات والخدمات والأنشطة الترويجية والتحليلات التنافسية. وربما يسهم الأداء المالي النسبي لأعضاء الطاقم الطبي بشكل مباشر في مبادرات التسويق الإستراتيجي وسيؤثر مزيج الخدمات والمنتجات المريحة وغير المريحة في صافي ربح المنظمة، وفي حين تصبح مفاوضات الرعاية المدارة جانباً أكثر شيوعاً في الحياة التنظيمية، تزداد أهمية المعلومات المالية.

وينبغي أن يدرس التدقيق الداخلي مصادر الدخل والطريقة التي يتم بها إنفاقه، لا سيما وأن مزيج الدافعين المستقبلي المرجح للمنظمة سيكون مؤشراً رئيسياً على ربحيتها. وينبغي مراجعة عمليات الفوترة والتحصيل ووضع فهم لترتيبات التعويض.

العاملون والموارد الأخرى:

تمثل بيانات العاملين مصدراً قيماً للمعلومات لكل منظمة رعاية صحية تقريباً. فتقدم قواعد بيانات الأفراد معلومات عن الموقع السكني لموظفي المنظمة، كما تطابق بين المعالجين وخصائص المرضى، ورصد المهارات والخبرات المتاحة، وفرص تسويق الخدمات لموظفي المنظمة. أما بالنسبة لتخطيط المستشفى، فمن المتوقع أن تحتوي قواعد البيانات الداخلية على معلومات شاملة عن خصائص الطاقم الطبي.

يحتاج المخطط لهذه المعلومات لتقييم قوة مجالات التخصص المختلفة وتحديد الفجوات في الطاقم الطبي أو العاملين الآخرين وتوقع النقص المستقبلي في التخصصات (مثل بلوغ العاملين سن الشيخوخة) ووضع برامج تسويق تركز على مجالات تخصص معينة. وبالنسبة لمجموعات الأطباء، خصوصاً المجموعات الكبرى منها، تقدم المعلومات الداخلية عن خصائص الأطباء وأنماط أنشطتهم ومستويات إنتاجيتهم معرفةً مهمةً لتقييم موقع المجموعة في السوق الحالية وتحديد وضعها بالنسبة لمتطلبات السوق في المستقبل.

أنماط الإحالة:

في عصر تزداد فيه المنافسة، أصبح تحديد المصادر المختلفة للعملاء أمراً ضرورياً. ومن المهم تحديد مصادر الإحالة ومتابعة نشاطها. فينبغي على المستشفيات أن تعرف من هم الأطباء الذين يُدخلون المرضى إلى المستشفى (ومن هم الأطباء الذين يحولون المرضى لهؤلاء المستقبلين) وينبغي على الأطباء المتخصصين معرفة من أطباء الرعاية الصحية الأولية الذين يرسلون إليهم المرضى. وينبغي على مراكز الرعاية العاجلة معرفة كيف توصل إليهم مرضاهم.

يُستخدم مصطلح «نمط الإحالة» على نطاق واسع ليشمل هنا أياً من مصادر المعلومات التي قد تؤدي إلى استخدام خدمة أو شراء منتج، وربما تقوم منظمات الرعاية الصحية بجمع معلومات عن الإحالة وقت دخول المرضى أو ربما تكون هذه المعلومات جزءاً روتينياً من الأعمال الورقية في بعض المنظمات. لا تقوم العديد من المنظمات بصورة منتظمة بجمع هذه المعلومات وتضطر لإجراء بحوث أولية لتحديد المكان الذي يأتي منه عملاؤها.

كما يمكن أيضاً استخدام طرق غير مباشرة لتحديد مصادر الإحالة، وخصوصاً دراسات عن منشأ المريض. فيمكن لفريق متخصص له منطقة خدمة متعددة المقاطعات

أن يكتشــف مثلاً أن بعض المقاطعات ممثلة تمثيلاً ناقصاً من حيث المرضى المحالين، في حين أن بعضها الآخر ممثل تمثيلاً زائداً. ويوحي هذا بأن علاقات الإحالة ضعيفة في بعض المناطق وقوية في مناطق أخرى.

هيكل التسعير:

أصبح هيكل التسـعير لمنتـج أو خدمة ما ذا أهمية متزايـدة لأهداف التخطيط. فالسعر ليس فقط أساساً للتمييز بين مقدمي الخدمة ولكن هيكل التسعير لخدمة ما يمكن أن يشـكل أداة تسـويقية في حد ذاته. ينبغي أن يحدد التدقيق الداخلي كيفية تحديد الأسعار ويراجع هيكل الأسعار الحالي في سياق متوسطات الصناعة.

بالنسـبة لكثير من منظمات الرعاية الصحية، يشتمل التدقيق الداخلي على تحليل لهيكل الرسوم. ويستعرض هذا التحليل الرسوم التي تفرضها المنظمة وتحدد الرسوم التي قد تكون مرتفعة جداً أو منخفضة جداً على أساس معيار موضوعي خارجي.

أنشطة التسويق:

ينبغي تحديد جميع الأنشـطة التسـويقية التي تملكها المنظمـة مقدماً. ورغم أن هذا قد يبدو مصدر قلق خارجي، فإن البنية الداخلية لتعزيز خدمات و / أو منتجات المنظمـة لا تقـل أهمية عن جهود التسـويق الخارجي. وبالإضافة إلـى ذلك، ينبغي إعادة النظر في الوضع التسـويقي الداخلي. ويشـتمل هذا علـى الطريقة التي يتم بهـا تلبية حاجات العملاء والطريقة التي يتفاعل بها العاملون مع العملاء والإجراءات الداخليـة لتتبع أنشـطة العملاء. وينبغـي تحديد جميع الموارد التسـويقية التي يتم توظيفها حالياً.

التدقيق الخارجي:

التدقيـق الخارجي مماثل للتقييـم البيئي الذي يجرى فـي التخطيط على نطاق المجتمع. وهو ذو أهمية خاصة في التخطيط على مستوى المنظمة بسبب التركيز على خصائص السوق في العديد من أنواع الخطط. وبالتالي، ينبغي أن يبدأ التحليل على المستوى الوطني وأن تتم معالجته على المستوى الإقليمي إذا كان ذلك مناسباً. فينبغي أن يمتد التقييم بوضوح إلى مسـتوى الولاية وأن يتم تقديمه في النهاية إلى مسـتوى منطقة السوق الذي تعمل فيه المنظمة.

الاتجاهات المجتمعية:

وكما كان الحال مع التقييم المجتمعي، فإنه ينبغي تحليل الاتجاهات المجتمعية العريضة وأخذ آثارها في البيئة المحلية في عين الاعتبار. وتشتمل على اتجاهات في التركيبة السكانية والأحوال الاقتصادية وأنماط الحياة والاتجاهات. وستعتمد أنواع الاتجاهات التي تم التأكيد عليها على طبيعة المنظمة ونوع التخطيط الذي سيتم إجراؤه. معظم التحليلات ستشتمل على استعراض للاتجاهات الديموغرافية الواسعة بصفتها وسيلة لتحديد سياق التخطيط.

الاتجاهات الاقتصادية العريضة هي محل اعتبار كذلك، حتى بالنسبة لمنظمة تعمل في السوق المحلية. كما أن حالة الاقتصاد لها آثار في الطلب على الخدمات الصحية وفي قدرة المستهلكين على دفع تكاليف الرعاية. وتنطوي حالة التوظيف الكامل على آثار مختلفة للرعاية الصحية أكثر مما يفعل وضع ارتفاع معدلات البطالة، خاصة فيما يتعلق بتغطية التأمين. إن سلاسل الرعاية الصحية الوطنية بشكل خاص عُرضة للتحولات في الاقتصاد الوطني.

ربما تكون الاتجاهات في أنماط الحياة وثيقة الصلة بمنظمات رعاية صحية معينة. فالتطورات مثل ظهور الأسرة ذات الدخلين وزيادة حالات عدم الإنجاب وحركة اللياقة البدنية لها آثار في مجموعة واسعة من المنظمات. إن الاهتمام المتزايد في العلاجات البديلة وغيرها من الاتجاهات سيستمر في إعادة تشكيل الرعاية الصحية للدخول إلى القرن الحادي والعشرين.

وربما يكون للتغيرات في مواقف المستهلكين على المستوى الوطني آثار في مجالات السوق المحلية. لقد اقترن ظهور مواليد جيل الطفرة على أنه قوة رئيسية في المجتمع بتغير كبير في مواقف المستهلكين. ويتميز مواليد جيل الطفرة بوضوح في مواقف مختلفة عن الأجيال السابقة ويؤثر هذا «المستهلك الجديد» في جميع جوانب الرعاية الصحية. كما جعلت هذه الاتجاهات الجديدة من نجاح مراكز الرعاية العاجلة ومراكز التشخيص المستقلة ومنظمات المحافظة على الصحة وغيرها من الكثير من الابتكارات في مجال الرعاية الصحية أمراً ممكناً.

اتجاهات الصناعة الصحية:

ينبغي تحليل الاتجاهات السائدة في الصناعة الصحية للوقوف على التطورات التي من المحتمل أن تؤثر في منطقة السوق المحلي. وربما تشتمل على اتجاهات في السداد،

وتغيير الهياكل التنظيمية داخل منظومة تقديم الخدمة، وإدخال طرق علاج جديدة. وتشتمل الأمثلة الحالية على تعاون وتكامل الكثير من المنظمات في قطاعات كثيرة من الصناعة وبروز علاجات بديلة. ربما يكون لظهور مفاهيم جديدة مثل الرعاية ما بعد الأمراض الحادة ومنشآت المساعدة على العيش ومنشآت رعاية الأمراض الحادة على المدى الطويل تأثير في المنظمات في السوق المحلية. وتشتمل الاتجاهات الأخرى في المجال استمرار تأثير كبرى السلاسل الوطنية الساعية للربح وظهور أرباب العمل وتحالفات أرباب العمل باعتبارهما فاعلين رئيسيين في بيئة الرعاية الصحية.

التطورات التنظيمية والسياسية والقانونية:

إن البيئة التنظيمية لها تأثيرٌ كبيرٌ في منظمات الرعاية الصحية. ففي كل مستوى من مستويات الحكومة، توجد مهام تنظيمية لها آثار مهمة في منظمات الرعاية الصحية. أما اللوائح الفيدرالية التي تحكم تشغيل برامج الرعاية الطبية والمساعدة الطبية فهي قضية مهمة ذات صلة. وفي الوقت نفسه، تتحمل الولايات مسئولية رئيسية لترخيص المنشآت والعاملين في القطاع الصحي. وربما تمارس مؤسسات الولاية بشكل مباشر أو غير مباشر تأثيراً كبيراً في توفير الرعاية. ويمكن للائحة جديدة تبدو بسيطةً أن تثبت وبسهولة أنها نعمة أو نقمة بالنسبة لمنظمات الرعاية الصحية المتنوعة.

إن البيئة السياسية لها وبشكل واضح آثار مباشرة وغير مباشرة في طريقة عمل النظام الصحي. فيمكن أن يكون للتفويضات الرئاسية أو توجيهات الكونجرس تأثير يصل إلى السوق المحلية. وعلى مستوى الولاية، يكون لعملية شهادة الحاجة تأثيرٌ كبيرٌ في قدرة منظمات الرعاية الصحية على توسيع عملياتها أو إضافة منشآت أو معدات أو خدمات جديدة.

كما أن الأنشطة التشريعية على المستوى الوطني والمحلي وعلى مستوى الولايات لها آثار في نظام الرعاية الصحية المحلي. وهناك أمثلةٌ كثيرةٌ على تشريعات حديثة على المستوى الوطني أثرت في أنماط الإحالة الخاصة بالأطباء ومدة إقامة النساء اللاتي يخضعن لعمليات ولادة وقدرة المرضى على مقاضاة منظمات المحافظة على الصحة. ربما يكون للأنشطة التشريعية بالولايات تأثيرٌ أكبر في مستوى السوق المحلي. تصرفات الهيئات الحاكمة بالمدن والمقاطعات لها آثار في مؤسسات الرعاية الصحية المحلية، ومن المرجح أن تتأثر تلك الموجودة في القطاع العام بسبب هذه التصرفات.

التطورات التقنية:

إن التطورات في مجال التقنية لها آثارٌ كبيرةٌ في مقدمي الخدمات الصحية وتؤثر في النهاية في الطلب على مختلف الخدمات الصحية. ويؤثر التقدم في طرق العلاج الطبية والجراحية والأدوية والمعدات الطبيـة الحيوية وإدارة المعلومات على منظمات رعايـة صحية معينة. غير أن اسـتحداث أدوية جديدة قد غيـر من طريقة معالجة مشكلات الصحة السلوكية وجعلت التحسينات في المعدات الطبية الحيوية من الرعاية المنزلية أكثر جدوى بالنسبة لمجموعة واسعة من الحالات. وأسهمت أساليب الجراحة المجهرية فـي تحول الرعاية من وضع المرضى داخل المستشـفيات إلى وضع المرضى الخارجيين. وفي أواخر تسـعينيات القرن العشرين، تسبب إدخال دواء جديد للعجز الجنسي مثلاً في ظهور قضايا رئيسية في منظومة الرعاية الصحية.

اتجاهات تمويل النفقات:

أصبح نوع السداد المتاح لتوفير الرعاية أحد الاعتبارات الرئيسية لمنظمات الرعاية الصحية. وتتعقد صورة عملية السداد بتنوع الدافعين الذين قد يمولون أي جهة مقدمة للرعايـة الصحية. قد يمثل مزيج المرضى لدى مقـدم الخدمة مجموعةً متنوعةً من الدافعين وربما يسـدد تكاليف رعاية الكثير من المرضى أكثر من دافع واحد. وتسبب ظهـور الرعاية المدارة وترتيباتها الخاصة بالسـداد في زيـادة تعقيد الصورة. ولهذا السبب، ينبغي على مقدمي الرعاية الصحية زيادة قدراتهم على إدارة المطالبات.

يضطـر مقدمو خدمات الرعاية الصحية إلى التحكـم في كيفية اجتذاب العملاء وذلـك لتجنب جـذب عملاء لا يدفعـون أو الطرف الثالث الذي يدفـع ببط أو يدفع تعويضاً منخفضاً. كما أصبحت ترتيبات السـداد الموجودة في الرعاية المدارة عاملاً رئيسياً يحدد القرار التجاري في الرعاية الصحية.

ويمكن طرح قضايا التمويل بواسـطة المؤسسـات في جميع المسـتويات الحكومية وكذلك الدافعين من الأطراف الأخرى بالقطاع الخاص. وتلعب التغيرات في السـداد بموجـب برامج التأمين الفيدرالي مثل ميديكير وميديكيد دوراً مهماً في تغيير أنماط الممارسـة وظهـرت «صناعات» جديدة فـي الرعاية الصحية نتيجة لأنماط السـداد المتغيـرة هذه. وبالمثل، يمكـن أن يكون للخدمات التي تغطيها أو لا تغطيها شـركات التأمين الخاصة آثار كبيرة في منظمات الرعاية الصحية.

تحديد منطقة السوق:

تشـتمل إحدى الخطوات المهمة في التخطيط على مسـتوى المنظمة على تحديد وتكويـن صورة عامة عـن منطقة السـوق. وهذا هو الحال بصفـة خاصة عندما يتعلق الأمر بأنشـطة مثل التخطيط الإستراتيجي والتخطيط التسويقي والتخطيط التجاري. كلما اشـتملت العملية على بيئة خارجية أكبر؛ زادت أهمية تحليل منطقة السوق.

يمكن تشـبيه منطقة السـوق في خطـة المنظمة بمجال الخدمـة في الخطة على مسـتوى المجتمع. ويمكن تعريف «السـوق» بمجموعة متنوعة من الطرق. كما يعتمد التعريف المسـتخدم على الهدف مـن التحليل أو المنتج أو الخدمة التي تتم دراسـتها والبيئة التنافسـية وحتى نوع المنظمة التي تجري البحوث. سيتم أدناه مناقشة خمس طرق مختلفة لصورة السوق.

أولاً: تعريفات السـوق القائمة على أساس جغرافي وهي على الأرجح النهج الأكثر شيوعاً لتحديد الأسواق من جانب واضعي الخطط الصحية. كما تركز معظم البحوث التخطيطيـة في الواقع على الوحـدة الإحصائية أو الرمز البريـدي أو المقاطعة (أو مجموعة من أي من هذه الوحدات) بصفتها أساسـاً للتحليل. ويتم عادةً رسم منطقة السـوق من حيث حدود الوحدات الجغرافية التي تم اختيارها للتحليل. (انظر مربع ٧-١ لمناقشة الوحدات الجغرافية المستخدمة في أبحاث السوق).

في الواقع، عددٌ قليلٌ من الأسواق (بالنسبة للرعاية الصحية أو أي شيء آخر) يتبع بدقة الحدود السياسـية أو الإحصائية أو الإدارية. وتتغير الأسـواق دائماً أسرع من حدودها الرسـمية، لذلك سيكون هناك دائماً بعض التأخير بين حدود منطقة السوق التي تستند إلى أسـاس جغرافي ومنطقة السوق الفعلي. ومع ذلك، يتم غالباً «رسم» مناطق الأسواق لتتوافق مع الحدود الجغرافية التي تمثل تقريباً معقولاً لمنطقة الخدمة قيد الدراسـة. ويتمثل السبب الرئيسي لهذا، بطبيعة الحال، في حقيقة أنه يتم عادة تنظيم البيانات المتاحة على أساس الوحدات الجغرافية القائمة.

يمكن لأي منظمة رعاية صحية تعريف السوق على أي مستوى جغرافي. وبالرغم مـن أن مقدمي الخدمة يميلون إلى خدمة الأسـواق المحلية، فقد أثر ظهور سلاسـل رعاية صحية وطنية بشكل واضح في هذا الوضع. وتقوم شركات الإمدادات الدوائية والطبية بشكل مؤكد بخدمة الأسواق الوطنية وحتى الأسواق الدولية. وتقوم العديد من

المنظمات الوطنية بإجراء تخطيطها على أساس إقليمي. ونظراً لأن مختلف الولايات تقوم بتنظيم الخطط الصحية، فمن المرجح وضع خطط على مستوى الولاية.

ثانياً: يمكن تعريف السوق من حيث شريحة السكان أو بعض المكونات الأخرى للسكان. ويقوم المخططون في كثير من الأحيان بتعريف «سوق المنتج X» من حيث الخصائص الديموغرافية أو السيكوغرافية أو بعض الخصائص الأخرى. وتشتمل أمثلة من الأسواق المحددة بهذه الطريقة على النساء في سن الإنجاب أو الشريحة المحددة من النواحي السيكوغرافية مثل «المترفون».

يمكن أن تكون الأسواق الموصوفة من حيث الشرائح السكانية واسعةً جداً أو ضيقةً للغاية. فإذا تم اعتبار أن الأمريكيين الأكبر سناً يمثلون السوق، فمن الواضح أن هذا يقتطع رقعة واسعة من عدد سكان الولايات المتحدة. وهكذا، فإن السوق بالنسبة لخطة صحية ترعاها الجمعية الأمريكية للأفراد المتقاعدين من المرجح أن تكون واسعة ومنتشرة. من ناحية أخرى، إذا وُصِف كبار السن من السكان الذين يحتاجون منازل للمسنين أنهم هم السوق، فمن الواضح أن هذه شريحة أضيق بكثير من عدد السكان. وبالمثل، يمكن أن تنطوي الدراسة على سوق لمجموعة واسعة من الخدمات (مثل خدمات رعاية شاملة للمرضى داخل المستشفيات) أو لخدمة فردية ضيقة (مثل علاج اضطرابات الأكل لدى مرضى العيادات الخارجية).

ثالثاً: يمكن النظر إلى نوع آخر من أنواع السوق من منظور الخدمة نفسها، بمعني السوق الذي يحكمه إقبال المستهلك. ربما تسعى منظمات الرعاية الصحية مثلاً لتحديد المناطق الجغرافية التي توجد فيها تجمعات كبيرة من المرضى الذين قد يسعون لخدمة معينة. ويتم في هذا المثال تعريف الأسواق من حيث احتياجات الرعاية الصحية الخاصة بهم. تشتمل الأمثلة على الأسواق المحددة بهذه الطريقة على السكان الذين يحتاجون خدمات لكبار السن أو السكان الذين يحتاجون خدمات صحة سلوكية. وربما يعتبر المستشفى جميع السكان ضمن منطقة الخدمة المحددة جزءاً من «سوقه»، في حين قد تتصور مؤسسة صحية منزلية شريحة فرعية ضيقة من السكان باعتبارها سوقها المحتمل.

رابعاً: يمكن تعريف الأسواق من حيث فرص الرعاية الصحية التي تُعد موجودة في منطقة معينة، ويمكن النظر باهتمام إلى موقع معين بسبب وجود نقص في مقدمي الخدمة أو بسبب عدم وجود منشآت. من الواضح أن المنطقة التي تعاني غياباً في

المنافسة يمكن أن تتيح فرصة لبعض المنظمات. وفي حالات أخرى، قد يكون عدد مقدمي الخدمة كافياً، ولكن تجزئة مقدمي الخدمات قد يتيح فرصة بالنسبة لمنظمة يمكنها «تعبئة» خدماتها بشكل مناسب. ويمكن النظر في هذا النهج من حيث مخاطبة السوق الفعال.

ويمكن تقديم فرص إضافية من المناطق التي تتصف بمستوى مرتفع من «عدم تلبية» احتياجات الرعاية الصحية. وتشمل هذه المناطق (أو الشرائح السكانية) التي يبدو أنها في حاجة لمستوىً معين أو نوعٍ من الخدمات ولكنها لا تحصل عليها لسبب ما. فهناك مجموعة سكانية معينة مثلاً ينبغي أن تحصل، وفقاً لنموذج الطلب، على عدد معين من صور الثدي بالأشعة السينية سنوياً بناء على حجمها وتكوينها، فإذا كان عدد صور الثدي بالأشعة السينية التي يتم تنفيذها سنوياً أقل من ذلك بكثير، فربما يشير هذا إلى عدم تلبية الحاجات. (لاحظ أنه يوجد العديد من الاحتياجات غير الملباة وسط السكان الذين يعانون موارد محدودة؛ وتبعاً لنوع المنظمة التي تقوم بالبحث، قد تكون هذه المجموعات السكانية أو قد لا تكون مرشحاً ملائماً للاستهداف).

وبالمثل، قد توجد فرص في المناطق التي يشير فيها «تحليل الفجوات» إلى نقص في الخدمات أو عدم التكافؤ بين الاحتياجات والخدمات. ويمكن عادةً تحديد عدد الأطباء أو أسرة المستشفيات التي ينبغي أن تدعمها مجموعة سكانية معينة باستخدام نماذج تنبؤية مختلفة. فإذا كان عدد الأطباء و/أو أسرة المستشفيات الواقعة في المنطقة يقع تحت الرقم «المتوقع»، قد تكون هناك فرص في هذا السوق.

وهناك طريقةٌ خامسةٌ لتعريف السوق: وذلك بالرغم من أنه في هذه الحالة قد يكون مصطلح «سوق بلا جدران» مناسباً. لم يعد يتم تعريف بعض الأسواق على نحو متزايد من حيث الوحدات الجغرافية أو الشرائح السكانية، فقد أصبحت الأسواق الخاصة بالعدسات اللاصقة والمكملات الغذائية الصحية وبعض منتجات الاختبارات المنزلية مثلاً أقل اعتماداً على الموقع، وذلك لأنه يمكن شراؤها عن طريق البريد الإلكتروني أو من خلال خدمات التسويق عبر التلفاز أو الإنترنت. وبالإضافة إلى ذلك، يسمح ظهور خدمة التطبيب عن بعد بوجود متخصص في مكان واحد لتلقي نتائج الاختبارات بالوسائل الإلكترونية لمريض ما في موقع آخر. كما أسهم إدخال الصيدليات على الشبكة العنكبوتية وحتى قدرات الأطباء على التشخيص من خلال شبكة الإنترنت في إعادة التفكير في ما يشكل السوق.

ورغم النظر عادةً إلى الأسواق من حيث المستخدم النهائي، فإنه يمكن أيضاً تأطير الأسواق من حيث العاملين في الصناعة الصحية لنوع ما من سوق آخر. فالأطباء بصفتهم مجموعة يشكلون سوقاً للعديد من المنتجات والخدمات، وتُعد الجهود التسويقية لشركات الأدوية فيما يتعلق بالأطباء أمراً مشهوراً. كما أن كبار مسئولي المعلومات بالمستشفيات يشكلون سوقاً لبائعي تقنية المعلومات، في حين أنه قد يمثل مديرو أعمال الأطباء السوق للعديد من المنتجات والخدمات.

لعل أهم أساس لتحديد السوق يكون من حيث خصائص الأمراض. فالعديد من المنظمات «تصنيفية» في نهجها من حيث إنها لا تخدم سوى بعض الفئات المحددة سريرياً من المرضى. عندما تنظر المنظمات إلى منطقة سوق على هذا النحو، فهي لا تنظر في الواقع إلى مجموع السكان ولكنها تركز على شريحة معينة. وقد توصف هذه الشريحة بوجود مصابين بالتهاب المفاصل أو السكري أو الذين يحتاجون عقاقير مؤثرة في العقل أو أولئك الذين يخضعون لعمليات زرع أعضاء. وربما يمر السوق بمجموعات دافعين ومجموعات ديموغرافية وسيكوغرافية. وهكذا، يركز البحث التخطيطي الكبير على تحديد السوق من حيث فئات المرض.

رسم مناطق الأسواق المحددة جغرافياً:

يتطلب التخطيط الفعال فهماً متعمقاً لمنطقة السوق الخاصة بمنظمة رعاية صحية ما. وتُسهم كل من طبيعة المنظمة ونوع التخطيط في تحديد منطقة السوق المناسبة. وتنطوي الخطوة الأولى عادةً على رسم منطقة السوق الحالية للمنظمة التي يتم تنفيذ التخطيط لها. وقد تكون المنظمة مستشفى أو مكان ممارسة للطبيب أو أي نوع آخر من منظمات الرعاية الصحية. وهناك عدد من الأساليب التي يمكن استخدامها لتحديد منطقة السوق وستختلف الطريقة حسب نوع الخدمة المعنية. قد يكون من المهم بالنسبة لكثير من الخدمات تحديد مناطق سوق الرعاية الأولية والثانوية وحتى الثالثية.

ينبغي على المخطِط أن يقرر أولاً الوحدة الجغرافية التي سيتم استخدامها للتحليل. ويعتمد اختيار المستوى الجغرافي على كمية التفاصيل المطلوبة ونوع السوق الذي يحصل على الخدمة. من المرجح بالنسبة لمستشفى أو مجموعة متخصصين تخدم مقاطعات متعددة أن تكون المقاطعة وحدة مناسبة للتحليل. ومن ناحية أخرى، إذا تم تقييد السوق بمقاطعة بعينها، فقد يكون من الضروري الاقتراب من التحليل على مستوى الرمز البريدي أو حتى الوحدة الإحصائية. وهكذا، قد تكون منطقة السوق

لعيادة بحي ما أو لطبيب أسرة منفرد أقل اتساعاً من مقاطعة ويمكن بالتالي تحديدها من حيث وحدة جغرافية أصغر.

يتمثل أحد أساليب رسم منطقة السوق في تحديد مصدر منشأ مرضى المنظمة وتحديد مقر إقامة أحدث المرضى على الخريطة إذا كان ذلك مناسباً. وينبغي أن يشير توزيع هؤلاء المرضى إلى منطقة السوق العامة للمنظمة، إذ تمثل المنطقة الجغرافية (مثل الرمز البريدي والمقاطعة) التي يتم اجتذاب (٧٥٪) من حالات الدخول منها منطقة السوق الخاصة بالمنظمة.

يمكن أن تعرض منظمة معقدة مثل المستشفى مناطق أسواق متعددة. وربما تكون منطقة السوق لخدمات مستشفيات عامة مختلفة وأصغر كثيراً من تلك التي تقدم عروضاً أكثر تخصصاً. ولذلك، قد تكون هناك مناطق أسواق متعددة لمنظمات تقدم خدمات متعددة. كما ينبغي أن يظهر رسم مناطق أسواق المرضى الذين لا يأتون من أماكن إقامتهم، ولكن من يأتون من منشآت أخرى مثل دور المسنين أو مواقع الصناعية (Pol and Thomas, 2001).

يمكن بدلاً من ذلك استخدام اختراق السوق بدلاً من حجم السوق لتحديد منطقة الخدمة. فيمكن مثلاً تقرير أن المنظمة تحافظ على نسبة اختراق مرتفعة بالسوق من حيث الحصة السوقية داخل رموز بريدية محددة. ويمكن تحديد جميع الرموز البريدية داخل المنظمة التي تحافظ على حصة سوقية بنسبة (٢٥ ٪) أو أكثر باعتبارها منطقة سوق. وقد يتضح أن هذه الرموز البريدية لا تتطابق بالضرورة مع الرموز البريدية التي تم تحديدها من حيث عدد المرضى، لذلك ينبغي هنا أن يتخذ المخطط قراراً بشأن أي أساس يناسب رسم منطقة السوق لأهداف المشروع.

تنطوي طريقة ثالثة لرسم منطقة السوق على إنشاء مسافة قصوى يكون المستهلكون على استعداد لقطعها أو وقت قيادة يكونون مستعدين لقضائه في السفر للحصول على خدمة صحية معينة. هناك برامج كمبيوتر متاحة لتنفيذ هذه المهمة، رغم أنه قد يتم في المناطق سريعة التغير تغيير وقت القيادة بشكل كبير خلال فترة قصيرة نسبياً. وبشكل عام، تنطوي طريقة «وقت القيادة» ببساطة على تحديد موقع الخدمة أو المنشأة ويسمح للبرنامج بوضع حدود باستخدام بيانات المسافات ووقت السفر المحدد. ويُعد هذا وسيلة عملية للغاية لتحديد حدود منطقة السوق.

ربما تنطوي المهمة في بعض مشاريع التخطيط على رسم منطقة السوق لخدمة أو خدمات لم يتم عرضها بعد. يُعد رسم هذه الحدود أكثر صعوبة وعادة ما يتطلب

أساليب متعددة. فينبغي في البداية تحديد التوزيع السكني للمرضى الذين استخدموا خدمات مماثلة. فإذا كانت منظمة أخرى تقدم الخدمات نفسها أو ما يشبهها، فينبغي كذلك تقدير حدود منطقة السوق. كما ينبغي تقييم وقت المسافة. ومع ذلك، قد تكون هنـــاك حاجة لنهج أكثر ذاتية لأن الخدمة المذكورة جديدة في المنطقة. فالبيانات عن الخدمة نفســها المقدمة في منطقة ســوق مختلفة قد تكون متاحة من خلال شبكات احترافية. ويمكن أن تســاعد هذه البيانات على إنشــاء محددات وقت/مسافة. كما يمكن أن توفر الدراســات المسحية للمستهلكين المحتملين لهذه الخدمات (مثل الأطباء والمرضى) معلومات قيمة.

وينبغي بمجرد رســم حدود منطقة السوق أن تتم مراقبتها باستمرار للوقوف على التغير. كما أن أنماط حركة المرور وأوقات القيادة تتغير، فيمكن وبشــكل كبير تغيير حــدود منطقة الســوق خلال فترة قصيرة مــن الزمن. كما ينبغــي مراقبة التغيرات في أذواق وتفضيلات الخدمات ســواء من جانب الأطبــاء (مثل زيادة الاهتمام بعلاج التســريب المنزلي) أو المرضــى (مثل زيادة الطلب على خدمــات العيادات الخارجية) لتحديد تأثيرها في حدود منطقة السوق، كما ينبغي مراقبة دخول أو خروج المنظمات المتنافسة.

قد تكون هناك حالات لا تتواكب فيها منطقة الســوق القائمة مع أهداف المنظمة. قد يتغير تركيب منطقة السوق المحددة كما هو مبين في خصائص المستهلكين المقيمين. أو قــد يكــون عملاء المنظمة قد ابتعدوا عن المنشــأة، كما هو الأمــر في حالة تواجد مستشــفى داخل المدينة انتقــل مرضاها إلى الضواحي ولكن مســتمرون في التعامل مع المنشــأة. والســؤال الذي يطرح نفسه هو: هل هذه هي منطقة السوق التي يمكن استخدامها إطاراً للتخطيط؟

ينبغــي أن يختــار واضع الخطة فــي مرحلة ما الوحدة الجغرافية التي ســيتم تحليلهــا. وينطوي الســؤال المهم على مســتوى التفصيل المطلوب، وســيتنوع هذا حسب الموقف. فإذا كانت منطقة السوق تحتوي على مقاطعات متعددة، فقد تكون المقاطعــة بمثابة وحدة تحليل مُرضية. ومن ناحية أخرى، إذا كان الســوق يقتصر على مقاطعة معينة، فقد يكون من الضروري التعامل مع التحليل على مستوى الرمز البريــدي أو حتى الوحدة الإحصائية. (الخيارات المختلفة للمســتويات الجغرافية موجودة في المربع ٧-١).

مربع (٧-١)

الوحدات الجغرافية لتخطيط الخدمات الصحية

إن جميـع أنشـطة التخطيط الصحي تقريبـاً مرتبطة بمنطقـة جغرافية معينة. فمؤسسـات التخطيط عادةً ما يكون لها منطقة جغرافية محددة يكون لها سـلطة عليها. وعادة ما تقوم منظمات الرعاية الصحية التابعة للقطاع الخاص بالتخطيط «للأسـواق» المحددة على أسـاس جغرافي. حتى عندما يكون الجمهور المستهدف جزءاً من السـكان بدلاً من أن يكون وحدة جغرافية فإن هذا الجمهور سيرتبط في النهاية بشكل أو بآخر بالجغرافيا.

ويمكـن من أجل أغراضنا الخاصة تقسـيم الوحدات الجغرافية المسـتخدمة في تخطيط الخدمات الصحية إلى ثلاث فئات رئيسـية وهي: الوحدات السياسية / الإدارية والوحدات الإحصائية وفئة متبقية من الوحدات التي لا تنسجم مع أي من هذه الفئات، سيتم شرح كل فئة منها أدناه.

الوحدات السياسية / الإدارية:

إن التقسـيمات السياسـية أو الإدارية هي الوحدات الجغرافية الأكثر اسـتخداماً لأهداف التخطيط، ويعود ذلك بشـكل جزئي إلـى حقيقة أن العديد من المنظمات المشـاركة في التخطيط المجتمعي لها سـلطات متواكبة مع الحدود السياسية مثل المـدن أو المقاطعات أو الولايـات. علاوةً على ذلك، من المريح بالنسـبة لمنظمات القطاع الخاص اسـتخدام وحدة سياسـية أو إدارية معيارية لإقامة حدودها. كما أن الوحدات السياسـية مفيدة في التحليل المكاني نظراً لأنه يتم تجميع العديد من الإحصاءات من أجل وحدات سياسـية. وكثيراً ما يسـتخدم المخططون الوحدات السياسية و/ أو الإدارية التالية.

الدولة:

يتم تعريف الدولة (هي الولايات المتحدة في هذه الحالة) من خلال الحدود الوطنية. ورغم القليل من السلاسل الوطنية قد تكون مهتمة بالبيانات على المستوى الوطني، ولكـن أغلب منظمات الرعايـة الصحية تركز على مسـتويات أقل من الجغرافيا. ومـع ذلك، فإن المتوسـطات الوطنية (مثل معدلات الوفيـات) غالباً ما تكون مهمة باعتبارها «معياراً» يمكن بالقياس إليه مقارنة مستويات جغرافية أخرى.

الولاية:

أكبر وحدة وطنية رئيسية هي الولاية، إذ يتم تجميع بيانات لخمسين ولاية ومنطقة في كولومبيا والعديد من الأراضي الأمريكية. ونظراً لأن لكل ولاية على حدة مسئولية عن نطاق واسع من المهام الإدارية، فإنه يتم تجميع أنواع كثيرة ومفيدة من البيانات على مستوى الولاية. وتُعد الهيئات الخاصة بالولايات في الواقع مصدراً رئيسياً للبيانات المتعلقة بالصحة. ومع ذلك، فإن كل ولاية تقوم بتجميع البيانات بشكل مستقل عن الأجهزة الأخرى، وهو ما يؤدي إلى تفاوت في الإبلاغ عن البيانات من ولاية إلى أخرى.

المقاطعات:

المقاطعة (أو في بعض المناطق البلدات أو الدوائر) تمثل الوحدة الأساسية للحكم المحلي. وتنقسم البلاد إلى أكثر من ٣١٠٠ وحدة مقاطعة (بما في ذلك بعض المدن التي تم تحديدها سياسياً باعتبارها مقاطعات). فالمقاطعة وحدة مهمة للتخطيط للخدمات الصحية نظراً لأن منظمات الرعاية الصحية ترى المقاطعة مسقط الرأس باعتبارها منطقة خدمة رئيسية. وعلاوة على ذلك، تقوم الولايات عادة بالإبلاغ عن معظم الإحصاءات الخاصة بها على مستوى المقاطعة ومن المرجح أن الإدارة الصحية بالمقاطعة مصدر رئيسي لبيانات التخطيط. حتى منظمات الرعاية الصحية التي يكون لها أسواق إقليمية من المرجح أنها تعتبر المقاطعة لبنة أساسية لجمع البيانات.

المدن:

المدن هي مناطق حضرية منشأة بشكل رسمي محددة بحدود قد تكون أو قد لا تكون متوافقة مع الحدود السياسية الأخرى. ورغم أن المدن عادة تحتويها مقاطعة معينة، لكن العديد من حدود المدن تمتد عبر خطوط المقاطعات. ونظراً لأن المدن منشأة للتتواكب مع قوانين ولاية معينة، هناك القليل من المقارنة المعيارية فيما يتعلق بترسيم الحدود. ولهذا السبب، لا تمثل المدن وحدات مفيدة للغاية لتحليلات التخطيط. ومع ذلك، فيحدث في كثير من الحالات أن تشارك حكومات المدن في أنشطة جمع البيانات التي قد تكون مفيدة لواضعي خطط الخدمات الصحية.

مناطق الكونجرس:

يتم إنشـــاء مناطق الكونجرس محلياً وتوافق عليها الحكومة الفيدرالية. ويتم عادةً رسم هذه المناطق عن طريق التوصل لتسويات سياسية ولكنها لا تتوافق بشكل جيد مـــع وحدات جغرافية أخرى. يتم جمع كميات محدودة من البيانات على مســـتوى منطقـــة الكونجرس وقد تتغير الحدود بمرور الوقـــت وهو ما يجعل هذه الوحدات غير مناسبة على نحو خاص للاستخدام في التخطيط للخدمات الصحية.

المناطق التشريعية بالولايات:

المناطق التشريعية بالولايات تشبه مناطق الكونجرس، فيتم رسمها بواسطة الولايات اســـتناداً في الأســـاس إلى تسوية سياسية. فلا يتم تجميع ســـوى القليل جداً من البيانات لهذه الوحدات السياسية وتخضع حدودها لتغييرات متكررة. ونظراً لهذه الأسباب، فهي ليست مهمة للغاية بصفتها وحدات تخطيط للخدمات الصحية.

المناطق المدرسية:

تم تأســـيس المناطق المدرسية لإدارة النظام التعليمي المحلي. ورغم أنها تعكس من الناحية النظرية توزيع الأطفال في سن المدرسة داخل السكان، إلا أن هناك عوامل أخرى تحدد تكوين المناطق المدرســـية داخل مجتمع ما. ورغم أن المناطق المدرسية قد تكون مصادر لبيانات مفيدة في وضع توقعات للســـكان، فإنه لا يتم إنشـــاء إلا القليل من الإحصاءات من هذه الوحدة الجغرافية.

الوحدات الإحصائية:

تم إنشـــاء الحدود الإحصائية لمجموعة متنوعة من الأهداف ولكن تم إنشاؤها في الأساس للســـماح لمختلف الهيئات الحكومية بتجميع بيانات بشكل مفيد ومتناسق. وتقوم الحكومة الفيدرالية بنشـــر الإرشـــادات الخاصة بإنشـــاء أغلـــب الوحدات الإحصائية. ستتم أدناه مناقشة أهم الوحدات الإحصائية.

الأقاليم:

تقوم الحكومة الفيدرالية بإنشاء الأقاليم لأهداف إحصائية وذلك بتجميع الولايات على شـــكل تجمعات منطقية. وتم إنشـــاء أربعة أقاليم بتجميع ولايات على أساس التقـــارب الجغرافي والتجانس الاقتصادي والاجتماعـــي. ويتم في بعض الأحيان الإبلاغ عن الإحصاءات الصحية على المســـتوى الإقليمي بواسطة الهيئات الصحية الفيدرالية. (يتم كذلك اســـتخدام مصطلح «إقليمي» بشـــكل غير رسمي للإشارة إلى مجموعة من المقاطعات أو الولايات التي تم رســـمها لأهداف أخرى غير هدف تجميع البيانات).

التقسيمات:

تقـوم الحكومة الفيدرالية لأهداف إحصائية بتقسـيم الأقاليم الأربعة بالبلاد إلى تسعة أقسام. يشتمل كل قسم على عدة ولايات يقدم تحليلاً أدق لجغرافيا الدولة. فنادراً ما يتم استخدام التقسيمات أساساً لتخطيط الخدمات الصحية.

المناطق الإحصائية الحضرية:

تقوم الحكومـة الفيدرالية برسـم المناطق الإحصائية الحضريـة Metropolitan statistical areas (MSAs) عـن طريـق معايرة حدود المـدن والمناطق الحضرية. ونظـراً لأن كل ولايـة لديهـا معايير مختلفة لتوحيـد المدن، فإن مفهـوم المناطق الإحصائيـة الحضريـة يقدم آليـة لإنشـاء مناطـق إحصائية يمكـن مقارنتها، تشـتمل المنطقـة الإحصائية الحضريـة على مدينـة مركزية ومقاطعـة مركزية وأي مقاطعـات مجـاورة يمكـن ضمهـا بشـكل منطقـي إلـى داخـل المنطقـة الحضريـة. وتتوافـر كميـات متزايـدة مـن البيانات عـن المناطـق الإحصائية المجمعة ويتم غالباً اسـتخدام هـذه الوحدة لتعيين منطقة خدمـة رعاية صحية.

المناطق الحضرية:

المنطقة الحضرية هي حسـب تعريف مكتب الإحصـاء كامل المنطقة التي تتمتع بكثافة السـكان في وحـول كل مدينة كبرى بغض النظر عما إذا كانـت المنطقة داخل الحدود المشتركة. رغم أنه لا يتوفر سوى بيانات محدودة للمناطق الحضرية، ولكن وجود معرفة بالمناطق الحضرية أمر مهم في تكوين فهم كامل بتوزيع السكان داخل منطقة حضرية.

الوحدات الإحصائية:

الوحدات الإحصائية هي أقسام فرعية صغيرة موجودة في المقاطعة ينشئها مكتب الإحصاء لأهداف جمع البيانات. وتحتوي الوحدات الإحصائية من الناحية النظرية على أعداد سـكانية متجانسـة تراوح أعدادها بين (١٥٠٠) إلى (٨٠٠٠) نسـمة. تُعد الوحـدة الإحصائية للعديد من الأهداف الوحـدة المثالية لتخطيط الخدمات الصحية. فهي كبيرة بما يكفي لتكون وحدة جغرافية ذات مغزى وصغيرة بما يكفي لتقديم نظرة دقيقة لمناطق أكبر. يقوم مكتب الإحصاء بجمع معلومات مكثفة على مسـتوى الوحدات الإحصائية رغم أن هذه المعلومات تتوفر فقط بعد مرور عشـر سـنوات من الإحصاء العشـري. ويكون أغلب التركيز في التخطيط على مستوى المجتمع على المستوى الجغرافي للوحدة الإحصائية.

مجموعات البلوكات الإحصائية:

تنقسم الوحدات الإحصائية إلى مجموعات بلوكات إحصائية تشمل ما يقرب من (١٠٠٠) نسمة. تتكون كل وحدة مساحية من عدد من مجموعات البلوكات، يحتوي كل منها على عدة بلوكات. ويعطي هذا صورة أكثر دقة للمجتمع على مستوى الوحدة، على الرغم من أنه لا يمكن جمع سوى بيانات أقل على مستوى مجموعة البلوكات.

البلوكات الإحصائية:

تنقسم مجموعات البلوكات الإحصائية إلى بلوكات إحصائية وهي أصغر وحدة جغرافية للإحصاء. ويأتي مصطلح «البلوك» من حقيقة أن البلوك النموذجي يحده شوارع من الأربعة جوانب رغم أن بعض السمات الأخرى الظاهرة (مثل طريق سكة حديد أو مجرى مائي) أو السمات غير الظاهرة (مثل حدود المدينة) يمكن اعتبارها حدوداً. وتميل البلوكات الإحصائية إلى أن تكون أكثر الوحدات الجغرافية للإحصاء من حيث التجانس، حيث إن كل بلوك يحتوي على ما يقرب من (٣٠) شخصاً في المتوسط. ولا يتوفر سوى كمية محدودة من البيانات للبلوكات الإحصائية.

مناطق ترقيم البلوكات:

في المناطق التي لم تكن مقسمة إلى وحدات إحصائية، قام مكتب الإحصاء في الماضي بتقسيم الأراضي إلى مناطق ترقيم بلوكات. وكانت هذه المناطق تنزع إلى أن تكون مناطق ريفية تؤدي فيها مناطق ترقيم بلوكات هدف الوحدات الإحصائية نفسه. ومع ذلك، تم مع إحصاء عام ٢٠٠٠ الجمع بين النظامين وتم إنهاء مجموعات ترقيم البلوكات بشكل تدريجي. وما زالت مجموعات ترقيم البلوكات مفيدة عندما يكون جمع البيانات بأثر رجعي أمر ضروري.

مناطق جداول الإحصاء بالرمز البريدي:

مناطق جداول الإحصاء بالرمز البريدي ZIP Code Tabulation Areas هي كيان إحصائي جديد أنشأه مكتب الإحصاء الأمريكي لوضع جداول للإحصاءات الموجزة من إحصاء عام ٢٠٠٠، وتم تطوير هذا الكيان للتغلب على الصعوبات الناشئة عن القيام بدقة بتحديد مساحة الأراضي التي يغطيها كل رمز بريدي تستخدمه خدمة البريد الأمريكية (انظر أدناه). من الضروري تحديد مدى مساحة معينة من أجل وضع جداول دقيقة لبيانات الإحصاء الخاصة بتلك المنطقة. مناطق جداول الإحصاء

بالرمز البريدي هي تمثيلات مناطق معممة لمناطق خدمة الرموز البريدية التابعة لهيئة البريد الأمريكي. وتم إنشاء مناطق جداول الإحصاء بالرمز البريدي من خلال تجميع بلوكات إحصاء العام ٢٠٠٠ التي تستخدم عناوينها رموزاً بريدية مع منطقة جداول الإحصاء بالرمز البريدي التي يتم اعتبار الرمز البريدي على أنه منطقة جداول الإحصاء بالرمز البريدي الخاصة بها. وهي تمثل أغلب الرموز البريدية المكونة من خمسة أرقام تابعة لهيئة البريد الأمريكي. أما بالنسبة للمناطق التي يصعب تحديد رمزها البريدي السائد المكون من خمسة أرقام، يتم استخدام رمز بريدي أعلى مستوى مكون من ثلاثة أرقام. وكانت الهيئة تقصد من وراء ذلك إنشاء مناطق شبيهة بمناطق الرموز البريدية تحافظ على مزيد من الاستقرار من إحصاء إلى إحصاء.

الوحدات الوظيفية:

يتم استخدام عدد من الوحدات الجغرافية الأخرى في تخطيط الخدمات الصحية، لاسيما عن طريق منظمات الرعاية الصحية التابعة للقطاع الخاص. وغالباً ما تكون هذه الوحدات أكثر ملاءمة لأنشطة تطوير الأعمال أكثر منها وحدات سياسية أو إحصائية. ومع ذلك، فإن «العرف» الجغرافي المحدد لأهداف تخطيطية يأخذ هذه الوحدات في اعتباره.

الرمز البريدي:

على عكس الوحدات الجغرافية التي جرت مناقشتها من قبل، فإن الرموز البريدية لا تشكل جهات حكومية رسمية. فالرموز البريدية تميل إلى أن تكون أكبر كثيراً من الوحدات الإحصائية، فهي تشتمل أحياناً على عشرات الآلاف من السكان. وتقوم هيئة البريد الأمريكية بتعيين حدودها التي تكون عرضة للتغيير مع حدوث تحولات سكانية و/أو عندما تتطلب احتياجات الخدمة البريدية. وحالة عدم الاستقرار هذه تعني في كثير من الأحيان أن الرموز البريدية لها قيمة محدودة بالنسبة للتحليلات الماضية أو لتتبع الظواهر على مدى فترة طويلة من الزمن. بالإضافة إلى ذلك، فإن الرموز البريدية نادراً ما تتطابق مع الوحدات الإحصائية أو غيرها من الحدود السياسية أو الإحصائية، وهو ما يجعل من تجميع البيانات لمناطق جغرافية مختلفة أمراً في غاية الصعوبة.

ومع ذلك، فإن الرمز البريدي وحدة مفيدة لتحديد مجالات السوق لممارسات طبية أصغر ومستشفيات أصغر وحتى بالنسبة للتخصصات فيما يخص أنظمة صحية أكبر. ويقوم الباعة التجاريون بتجميع قدر كبير من المعلومات على مستوى الرمز البريدي. والأهم هو أن مؤسسات الرعاية الصحية تحتفظ عادة بالرموز البريدية الخاصة بكل مستهلك تتواصل معه تقريباً، وهو ما يجعل هذا محدداً جغرافياً ممكن الوصول إليه ومرتبط بسجل كل عميل.

الأسواق:

«السوق» هو مصطلح عام يطلق على المنطقة المستهدفة أو السكان المستهدفين الذين تحددهم منظمة الرعاية الصحية. وهو يشير من المنظور الجغرافي إلى المنطقة التي يتم ضمها داخل منطقة نفوذ (بغض النظر عن قياسها) منظمة الرعاية الصحية. وتتألف منطقة السوق في كثير من الأحيان من رموز بريدية فردية أو مقاطعات فهي تنشئ بالتالي وحدة جغرافية. وفي حالات أخرى، ربما يتوافق السوق بشكل متسق مع حدود سياسية قائمة (مثل المقاطعة).

مناطق ذات دور إشرافي:

تشير المنطقة ذات الدور الإشرافي التي تم نقلها عن وسائل الإعلانات إلى ذلك الإقليم الجغرافي (يتكون عادة من مجموعة من المقاطعات) والذي تهيمن عليه إحدى وسائل الإعلام (مثل التلفاز أو الصحف). وتم تكييف هذا المفهوم للرعاية الصحية، ويمكن وصفه بأنه سوق «فعال» بالنسبة لمنظمة رعاية صحية معينة.

هناك بعض القواعد الثابتة التي ينبغي تطبيقها عند إنشاء مناطق سوق «مستهدفة» لسلع وخدمات معينة. وينبغي أن تكون الأسواق المستهدفة قابلة للتصنيف كما يجب أن تكون ذات حجم واقعي وينبغي أن يكون العملاء المستهدفون قابلين للوصول إليهم ويجب أن يكون للعملاء المستهدفين حد أدنى من إمكانية الاستجابة. وعلى افتراض أن السوق ذو حجم كاف، هناك اعتبار آخر يتمثل في أن العدد المحتمل للحالات هو التوزيع الجغرافي الفعلي للعملاء المحتملين داخل منطقة الخدمة. وتختلف أهمية توزيع العملاء حسب اختلاف نوع الخدمة وخصائص السكان. كما أن بعض الخدمات يدعمها السكان المحليون وخدمات غيرها يدعمها سكان أبعد كثيراً. ومن ناحية

أخرى، فإن بعض السكان أكثر تحركاً من غيرهم أو أنهم أكثر أو أقل حساسية لمرات السفر و/أو مسافات السفر.

ونظراً لأن مستوى الحاجة في السكان المستهدفين قد لا يتوافق مع مستوى الاهتمام، من المهم تحديد مدى الخدمة التي يرغبها السكان بالفعل. وهذه نقطة في العملية قد تتطلب حاجة لأبحاث أولية. وعلى الرغم من أنه قد يكون من الممكن إجراء تحليل سيكوغرافي لمنطقة السوق والقيام من ذلك بوضع فكرة لمستوى الاهتمام بخدمة معينة، فإن الكثير من الحالات ستتطلب دراسة مسحية لنوع ما. لا ينبغي في العادة استحداث أي برنامج أو خدمة جديدة دون عمل دراسة مسحية للمستهلك وكلما كانت الخدمة أحدث أو كلما كان السوق الذي يتم دخوله غير مألوف زادت الحاجة. لقد فشل العديد من البرامج الجديدة لأن المستوى الفعلي لمصلحة السكان المستهدفين أقل كثيراً في الواقع عما هو عليه على الورق.

يتطلب رسم منطقة السوق في كثير من الأحيان حساب الحصة السوقية الإجمالية للمنظمة أو حصتها استناداً إلى خدمات أو منتجات محددة. وقد ينطوي هذا على حصة المستشفى من إجمالي الدخول للمنطقة أو حصة جراح العظام من جميع عمليات استبدال مفاصل الفخذ أو حصة الخطة الصحية من إجمالي التسجيلات في الخطط الصحية. ويمكن حساب الحصص السوقية عن طريق قسمة عدد الحالات بالمنظمة (مثال مرات دخول المرضى للعلاج بالمستشفى ومرات الزيارات للعيادات والإجراءات التي تتم) من إجمالي عدد الحالات لمنطقة السوق المحددة.

تعمل السجلات الداخلية للإجراءات أو حالات الخروج أو التشخيص بالمنظمة بمثابة البسط للعمليات الحسابية للحصة السوقية. ويتم اشتقاق المقام بإحدى طريقتين: أولاً، في بعض الأسواق، تكون بيانات المقام متوافرة نتيجة لأنشطة جمع السجلات التي ترعاها الدولة. فيتم مثلاً جمع بيانات الخروج من المستشفى بواسطة الإدارات الصحية في الولايات ويتم تجميعها على مستويات جغرافية مثل المقاطعة. فعملية حسابية بسيطة تقسم عدد عمليات الخروج من المستشفى X في المقاطعة Y على إجمالي عدد عمليات الخروج من المستشفيات في المقاطعة Y.

الطريقة الثانية، لجمع البيانات لمقامات النسب تكون بتقدير عدد الإجراءات وعمليات الخروج باستخدام معلومات عن السكان ومرات الحدوث. فيمكن تقدير عدد حالات الإصابة بمرض السكري في منطقة السوق Z بضرب معدلات الإصابة

القومية أو الإقليمية في بيانات السكان المحددة بالعمر أو غيرها من العوامل المذكورة والمعروفة لتمييز احتمال التشخيص بالإصابة بمرض السكري. وسبب تقدير الإصابة هو أنه في كثير من الحالات لا يوجد إحصاء خاص بالسوق بإجراءات أو حالات خروج أو تشخيص يمكن أن تكون بمثابة مقام لحصة السوق.

ليس من غير المألوف أن يتم تقسيم منطقة السوق إلى منطقة سوق أولية ومنطقة سوق ثانوية وحتى في كثير من الأحيان إلى منطقة سوق ثالثة. ويمكن تنقيح الأساليب المستخدمة أعلاه لتحديد منطقة السوق لإنشاء هذه الأسواق الفرعية. فقد يتم مثلاً التوصل إلى تقرير أن المنطقة الجغرافية التي سينشأ عنها «أقرب» (٥٠٪) من المرضى سيتم اعتبارها منطقة سوق رئيسية أما المنطقة التي ينشأ منها الـ (٢٥٪) التالية من المرضى فستكون منطقة سوق ثانوية. وتُعد جميع المواقع الأخرى التي تسهم بالمرضى جزءاً من منطقة السوق الثالث. ويمكن وضع مقاربات تخطيطية أو تسويقية متفاوتة للأسواق الفرعية الخاصة بها.

تكوين صورة عامة عن السوق المستهدف:

بمجرد رسم منطقة السوق، لا بد من تكوين صورة عامة عن سكان المنطقة المحددة. يلي هذه العملية كثيرٌ من الخطوات مثل تلك الخاصة بتقييم المجتمع. ومع ذلك، فإن العوامل التي تؤخذ في الاعتبار عند تكوين صورة عامة عن السكان للتخطيط على مستوى المنظمة من المرجح أن تكون أكثر تركيزاً من تلك الخاصة بالتخطيط على مستوى المجتمع. يعد المكون الزمني مهماً للغاية عند تكوين صورة عامة عن المجتمع. لا بد من أخذ ثلاثة آفاق زمنية بعين الاعتبار سواء عند تحديد احتياجات السوق المستهدفة أو تحديد الخدمات المتنافسة. ومن الواضح أن الحصر الحالي للاحتياجات والموارد هو نقطة البداية. ومع ذلك، فمن المهم أيضاً تنمية الشعور بالاتجاهات السابقة التي تؤثر في المجتمع. هل عدد السكان يتزايد أم ينخفض؟ هل خصائص السكان مختلفة اليوم عما كانت عليه قبل خمس سنوات؟ هل أرقام المنافسين في زيادة؟

إن أهم إطار زمني هو المستقبل بالطبع سواءً كان هذا يعني عامين أو خمس أو عشرة أعوام. وينبغي أن تكون هناك خطة تحيد الخصائص المستقبلية للسكان، والاحتياجات المستقبلية للخدمات الصحية لهم، والتطورات المستقبلية المحتملة فيما يتعلق بالقوى المتنافسة.

كما هو الحال مع عملية تقييم المجتمع، ينبغي أن تؤخذ الأوضاع الإقليمية في الاعتبار. إن للمناطق المختلفة من البلاد أنماطها الثقافية الخاصة بها ويبدو أن هذه الأنماط ما تزال مستمرة رغم التغير السريع الذي اجتاح المجتمع الأمريكي، إذ تبلغ مناطق مختلفة عن مستويات مختلفة من انتشار مشكلات صحية متنوعة وتم الآن توثيق الاختلاف في استخدام الخدمات الصحية بشكل جيد (Center for Evaluative Clinical Sciences, 1999). وعلى ذلك فإنه ينبغي دراسة الاختلافات الإقليمية عند تقييم أو توقع الطلب على الخدمات الصحية بالنسبة لمنطقة سوق معينة. كما يجب أن تأخذ منظمات الرعاية الصحية الوطنية الاختلافات الإقليمية في أنماط الممارسة في الاعتبار في أنشطة التخطيط الخاصة بها.

كما ينبغي وضع نوع المجتمع في الاعتبار عند جمع بيانات أساسية عن السوق، سواء كان نوع المجتمع المهيمن داخل منطقة السوق حضري أو في الضواحي أو ريفي فإنه له انعكاسات مهمة على كل من الحالة الصحية والسلوك الصحي. كما أن مواقف المستهلكين من المرجح أن تكون مختلفة بالنسبة لأنواع مختلفة من المجتمع، وربما يكون وجود أسواق فرعية داخل منطقة السوق عامل تعقيد في عملية التخطيط.

نظراً لأن العملية المتبعة للتدقيق الخارجي مماثلة لتلك الخاصة بتقييم المجتمع، فلن تكون التفاصيل مطلوبة هنا. وعادةً ما يكون النوع الأول من البيانات التي يتم تجميعها البيانات الديموغرافية، بما في ذلك الصفات الحيوية الاجتماعية والاجتماعية الثقافية. وينبغي على المحلل كحد أدنى أن يفحص السكان من حيث العمر والجنس والعرق / الإثنية والحالة الاجتماعية / بنية الأسرة والدخل والتعليم.

ومن الأمور المهمة الواجب أخذها في الاعتبار عند القيام بالتدقيق الخارجي هي حالة السوق المستهدف من حيث تغطية التأمين. إذ سيتباين التركيز على التغطية التأمينية تبعاً لطبيعة المنظمة. حيث إن «مزيج الدافعين» الخاص بمنطقة السوق (والمنظمة التي يجري التخطيط لها) ربما كان أكثر أهمية لعدد محدد من مقدمي الرعاية الصحية الذين تتمثل جدواهم المالية في المهمة التي يقومون بها. ورغم أن العديد من مقدمي الخدمات يحاولون الحد من عدد المرضى ذاتيي الدفع الذين يقدمون لهم خدمات، هناك سوق تبلغ قيمته عدة مليارات من الدولارات للخدمات الاختيارية التي لا تغطيها عادة خطط التأمين.

إن سوق التجميل بالكامل الذي يشتمل على شد الوجه وشد البطن وغيره من العمليات التجميلية يحركه المرضى «غير المؤمن عليهم». وهناك مثال آخر وهو مجال العلاج البديل الذي ظهر ليتحدى الطب الرسمي الذي تأسس بشكل كامل تقريباً على أساس السداد المباشر من جيب الزبون.

وغالباً ما يرافق التحليل الديموغرافي تقييماً للخصائص السيكوغرافية لسكان منطقة السوق. ويمكن استخدام معلومات عن فئات أنماط الحياة للجمهور المستهدف لتحديد الأولويات الصحية المحتملة وسلوك المجموعة الفرعية من السكان. وتعد مواقف المستهلكين بعداً آخر من السكان يتم عادة وضعها في الاعتبار عند هذه النقطة. ومن المحتمل أن يكون للمواقف التي يظهرها المستهلكون في منطقة السوق تأثير كبير في الطلب على جميع أنواع الخدمات الصحية تقريباً. أما على مستوى المنظمة، ينبغي أن توضع في الاعتبار مواقف مجموعة واسعة من المقومات إلى جانب المستهلكين المباشرين.

تحديد الخصائص الصحية:

يمكن فحص الحالة الصحية لسكان منطقة السوق عبر عدد من الأبعاد. إن مؤشرات نسبة المراضة والوفيات ذات أهمية مباشرة بالنسبة لواضعي خطط الخدمات الصحية، كما ينبغي أن تؤخذ في الاعتبار المؤشرات غير المباشرة مثل أنماط الخصوبة، ولأنه قد تمت مناقشة هذه المؤشرات بشيء من التفصيل في الفصل السابق، لذلك سيتم عرضها بشكل ملخص هنا.

تشير خصائص الخصوبة إلى السمات والعمليات المتعلقة بالإنجاب والولادة، وتختلف أهمية هذه الخصائص تبعاً لنوع المنظمة ونوع الخطة. ويُعد عدد المواليد وكذلك خصائصهم مع سمات أمهاتهم وآبائهم أساساً لتحليل الخصوبة.

إن الأنماط التاريخية للخصوبة لها تأثير كبير في الأنماط الحالية على الطلب على الخدمات الصحية. وهناك مجموعة واسعة من احتياجات الخدمات والمنتجات تتمحور حول الإنجاب. فالإنجاب يتسبب في الحاجة لخدمات مستقبلية مثل طب الأطفال والخدمات ذات الصلة بوسائل منع الحمل، كما أن الطلب على علاج الأجهزة التناسلية للذكور والإناث وزيادة الاهتمام بعلاج العقم هي منتجات فرعية لعملية الإنجاب.

يُعد مستوى نسبة المراضة بين عدد السكان مصدر قلق كبير بالنسبة لواضعي خطط الخدمات الصحية. ويمكن أن تخدم معدلات الإصابة والانتشار هدفاً مفيداً للتخطيط ويمكن استخدامهما جزءاً من التحليل التخطيطي، تبعاً لطبيعة المشروع. تشمل هذه الفئة مؤشرات العجز بالإضافة إلى نسبة المراضة من حيث انتشار الأمراض. وينبغي على واضعي خطط المشاريع، إلى أقصى حد ممكن، توقع معدلات الإصابة والانتشار في المستقبل من أجل التخطيط للتطورات القادمة.

تتناول دراسة الوفيات العلاقة بين الوفاة وحجم وتكوين وتوزيع سكان منطقة السوق. إن المخططين على مستوى المنظمة يكونون عادة أقل رغبة في تحليل الوفيات من المشاركين في التخطيط على نطاق المجتمع، لأن الثاني أكثر اهتماماً بالحالة الصحية العامة للمجتمع. ومع ذلك، يتم دائماً فحص بيانات الوفيات لتحديد ما يمكنها أن تخبرنا به عن الحالة الصحية للمجتمع.

تحديد السلوك الصحي:

ينطوي السلوك الصحي، كما ذكر من قبل، على أي عمل يهدف إلى استعادة الحالة الصحية أو الحفاظ عليها و/أو تحسينها. ويشمل هذا كلاً من الاستفادة الرسمية من الخدمات الصحية والإجراءات غير الرسمية من جانب الأفراد التي تستهدف منع المشكلات الصحية والحفاظ على الصحة وتحسينها أو تعزيزها. من المرجح أن يكون لدى واضعي الخطط على مستوى المنظمة الاهتمام الأكثر تركيزاً على السلوك الصحي عما يقوم به المخططون الصحيون المجتمعية. وكما هو الحال على مستوى المجتمع، فإن المحلل سيفحص السلوك الصحي من حيث الإجراءات الرسمية وغير الرسمية، مع التركيز على المؤشرات الأكثر ارتباطاً بالمنظمة المعنية.

أما من حيث الأنشطة الرسمية، فتشتمل المؤشرات المحتملة على مرات دخول المستشفيات والأيام التي يقضيها المرضى ومتوسط مدة الإقامة واستخدام المنشآت الأخرى إلى جانب الزيارات للمستشفيات والزيارات للأطباء والزيارات للممارسين من غير الأطباء وتعاطي العقاقير. ومن المؤشرات التي أصبحت أكثر أهمية في الآونة الأخيرة استخدام المنشآت الطبية المستقلة وأنواع مختلفة من العلاجات البديلة.

التحليل التنافسي:

تنطــوي عمليات التدقيــق الخارجي على نوع من التحليل التنافســـي. فينبغي أن يقوم البحث التخطيطي ليس فقط بتحديد موقف المنظمة داخل الســوق ولكن تحديد موقفها بالنســـبة لمنافسيها أيضاً. وفي حالة عدم وجود بيانات تنافسية يصعب قياس مكانة الفرد في السوق، والأكثر صعوبة هو قياس التغير بمرور الوقت. وبالإضافة إلى ذلك، يعتمد العديد من أنواع التخطيط على التحليل التنافســـي لتأسيس إطار لوضع الإستراتيجيات.

هنـــاك خطـــوة أولى مهمة هي تحديــد طبيعة المنافســـة. فلقد أصبحـــت البيئة التنافسية في مجال الرعاية الصحية بالتأكيد أكثر غموضاً مع ظهور مجموعة متنوعة من الأشـــكال الجديدة مـــن منظمات الرعاية الصحية. وفي الأوقات الأبســـط كانت المستشـــفيات تعلم أن المستشـــفيات الأخرى هـي المنافســـة وكان أطباء القلب يعرفون أن أطباء القلب الآخرين هم المنافســـون، وهكذا. أما اليوم، فقد تغيرت البيئة ويمكن أن تأخذ المنافســـة عدداً من الأشـــكال. ففي حالة المستشفيات، بدأ العديد من أنواع المنظمات إلى جانب المستشفيات في التنافس بخدماتها. وهذه ليست دائماً اهتمامات «خارجيـــة»، في الواقع، طالما أن الأطباء العاملين في هذه المستشـــفيات قد ينشـــئون أعمالاً منافســـة، فلقد أصبحت حدود ممارســـة التخصص غير واضحة، إذ يســـعى المتخصصون المغامرون إلى توســـيع نطاق خدماتهم. وظهر مروجو العلاجات البديلة لتحدي الأطباء التقليديين على العديد من الجبهات.

تعتمد درجة التفصيل الموجودة في التحليل التنافســـي على طبيعة المنظمة ونوع التخطيط الذي يتم الشـــروع فيه. وينبغي عـــادةً أن تطور عملية البحث المجموعة المعرفية نفسها حول المنافســـين وحول المنظمة نفسها. ومن غير المرجح باعتراف الجميع أن يتاح الوصول الكامل إلى الســـجلات الداخلية للمنافســـين، ولكن الكثير من المعلومات ســـتكون مصادر عامـــة ومن الوثائق الداخليـــة التي يمكن الحصول عليها. وعلى حســـب طبيعة المنافس، ستكون هناك حاجة لمعلومات عن الخدمات والمنتجات والتسعير والحجم أو الاستفادة والعاملين (وفي حالة المستشفيات تكوين ملامح عن الأطقم الطبية أيضا). كما أنه ســـيكون من المهم تحديد مواقع منشآت المنافسين.

قـــد يكون الكثير من هذه المعلومات متاحاً من مصادر عامة، ولكن ذلك يعتمد على نوع المنظمة وكذلك متطلبات الإبلاغ في الولاية التي تعمل فيها. وينبغي على منظمات

الرعايـــة الصحيـــة تقديم تقارير للولاية بشـــأن عملياتها. كما يمكـــن أن تكون هناك حاجة لتقديم طلبات للحصول على تراخيص أو شـــهادات متنوعة. وقد تكون طلبات شهادة الحاجة مطلوبة من منظمات الرعاية الصحية التي تضيف منشآت أو خدمات. وينبغي أن تقوم الشـــركات المملوكة للقطاع العام بتقديم مجموعة متنوعة من التقارير التـــي يمكـــن الوصول إليها. وينبغـــي أن يقوم العديد من منظمـــات الرعاية الصحية المملوكة للقطاع الخاص بنشـــر تقارير سنوية. ويجب أن يقوم المستلمون للتعويض من مديكيـــر بتقديم تقارير عـــن تكلفة خدماتهم إلى مركز خدمـــات ميديكير وميديكيد. وعادة ما تكون مثل هذه التقارير متاحة للجمهور.

قد يكون من الصعب الحصول على بعض المعلومات. وســـيكون من المفيد مثلاً أن تعرف شـــيئاً عن الوضع المالي للمنافســـين وخططهم التجاريـــة والعقود التي حصلوا عليهـــا أو العلاقات التي يقومون بتطويرها داخل المجتمع. إن المعلومات من هذا النوع ليســـت متاحة بســـهولة، ولكن يمكن الحصول عليها من مقابلات مع مقدمي معلومات رئيسيين في المجتمع.

بالإضافة إلى هذه البيانات الكمية، هناك جانب نوعي لا ينبغي تجاهله. قد يكون من المهم مثلاً تحديد حالة الأطباء المتنافســـين فيما يتعلق بممارســـاتهم. على الرغم من أنه يبدو على السطح وجود عدد كبير من الجراحين العموميين المتنافسين في المجتمع، فقد يشير الفحص الدقيق إلى أن البعض يمارس بدوام جزئي بسبب بعض الضعف، والبعض الآخر يقلل من عـــدد المرضى مع انتقاله للتقاعد، والبعض الآخر غير راض عن الانتماء لمجموعتـــه ويفكر في الانتقال إلى خارج المدينة للممارســـة. وهـــذا النوع من المعلومات النوعية قد يتطلب أساليب بحث غير تقليدية ولكن يمكن الحصول عليها عادةً.

إن المرضى والعاملين الســـابقين لدى المنافســـين يكونون في بعض الأحيان مصادر مفيدة للمعلومات في الســـوق. ويمكن العثور على المرضى الخاصين بالمنافســـين بين العملاء الحاليين للمنظمة أو يمكن الكشـــف عنهم من خلال دراسة مسحية عشوائية تجـــرى على المجتمع. كما أن المحللين الأكثر جرأة قد يحاولون حتى إجراء «مقابلات» مع المرضى عند خروجهم من المنشـــآت المنافســـة. ويمكـــن أن يكون المرضى التابعين للكيانات المنافسة مصدراً مفيداً للحصول على معلومات عن أنماط الإحالة وتصورات وتفضيلات المجتمع ومســـتويات رضـــا العملاء. ويتطلب القلق المتنامي حيال ســـرية سجلات المرضى معالجة متأنية لأي بيانات حساسة.

يوفر العاملون الســابقون لدى المنافسين منظوراً من نوع مختلف. فقد كانوا داخل المنظمة وسـيكونون على دراية بعملياتها الداخلية، فهم قد يكونون قادرين على توفير ذلــك البعــد النوعي الذي قد يوفر نظرة ثاقبة على نقــاط القوة ونقاط الضعف لدى منافس ما. رغم أنه من غير اللائق انتهاك أي اتفاقات سرية، فإن العاملين السابقين عادةً ما يقدمون وبشكل مجاني معلومات قيمة إذا أتيحت لهم الفرصة.

وأخيراً، فمن المحتمل أن يكون الممارســون الآخرون وخصوصاً هؤلاء المشاركين في نوع من علاقات الإحالة مصادر مفيدة للحصول على معلومات. فربما تبدأ ممارسات الطبيــب بالأطبــاء المحيلين على أنهــا مصدر للحصول على معلومــات. فمن الممكن الحصول منهم على معلومات تتعلق بأنماط الإحالة وأسباب اختيارهم للاختصاصيين عند الإحالة إليهم. كما أنه من الممكن الحصول على نظرة مقارنة من مقدمي المعلومات هــؤلاء. وقد يكون من الأهم كذلك الحصول على المعلومات من أولئك الذين لا توجد لديهم علاقة إحالة. ويمكن أن تحدد أسباب أنماط الإحالة القائمة أي حالات قصور ملحوظة مع المنظمة من هذه المصادر.

تصورات وتوجهات منطقة السوق:

هنــاك بُعدٌ آخر مهم خصوصاً فــي التخطيط التنظيمي وهــو تصورات ومواقف ســكان منطقة الســوق. ويتم تعريف السكان هنا بأوســع معانيه ليشمل أي مجموعة قــد يؤثر رأيها في المنظمة على نجاحهــا. وأهم هذه المجموعات هي عملاء المنظمة. ورغم أنه يمكن التعرف بســهولة على مكونات هذه المجموعة في معظم المجالات، إلا أن طبيعة العملاء معقدة في مجال الرعاية الصحية. فيمكن اعتبار أن مرضى تابعين لطبيب متخصص مثلا هم العملاء، ومن ناحية أخرى، فإن الممارسة تعتمد بشكل كلي على إحالات من أطباء آخرين ومن ثم فهم يضعون الأطباء المحيلين في فئة العملاء.

بالإضافة إلى عملاء المنظمة، يمكن أن تشــتمل المجموعات التي قد يكون من المهم الحصــول منها على معلومات أثناء عملية التخطيط على عامة الناس والمجتمع الطبي ومنافســين ووكلاء إحالــة وأصحاب عمل محليين وتحالفــات تجارية وممثلي الخطة الصحية ومشرعين وأشخاص آخرين من واضعي السياسات وموظفي المنظمة نفسها. ويمكن أن تكون وجهات نظر بعض أو كل هذه المجموعات ضرورية وذلك حسب طبيعة المنظمة ونوع مبادرة التخطيط.

تلخيص عملية التدقيق:

ينبغي أن ينتج عن التدقيق وثيقة تلخص الخصائص الداخلية للمنظمة وموقعها ضمن منطقة السوق. وينبغي أن يشرح الملخص الخصائص الديموغرافية والاجتماعية الثقافية للســوق وأن يبلغ عن الاتجاهات المتوقعة لهذه الخصائص. وينبغي أن يشرح الاتجاهات في الســوق من أجل خدمات المنظمة وأن يســتعرض الوضع التنافســي. وينبغي شــرح تصورات مختلف المجموعات وتحديد نقاط القوة ونقاط الضعف الخاصة بالمنظمة.

كمــا ينبغي أن يشــرح الملخــص الفرص المتاحة في الســوق والخطــوات اللازمة لاســتخدامها، وينبغي أن تعالج هذه الفرص بالتهديدات الموجودة في البيئة للمنظمة. إن وثيقة «حالة المنظمة» هذه تقدم نقطة الانطلاق التي ستترتب عليها جميع عمليات التخطيط المســتقبلية. (يعرض الفصل الحادي عشــر أســاليب وضــع تقييم لمنطقة السوق).

المراجع:

- Center for Evaluative Clinical Sciences (1999). The Dartmouth Health Care Atlas. Hanover, NH: Center for Evaluative Clinical Sciences.
- Pol, Louis G., and Richard K. Thomas (2001). The Demography of Health and Healthcare. Burr Ridge, IL: Irwin Professional Publishing.

مصادر إضافية:

- U.S. Census Bureau. URL address: www.census.gov.

الفصل الثامن
التخطيط الإستراتيجي

مقدمة:

لقد أصبح التخطيط الإستراتيجي نشاطاً متأصلاً في معظم المجالات. كما أصبح يمثل للعديد مرادفاً للتخطيط المؤسسي. وأصبح التخطيط الإستراتيجي شرطاً أساسياً لأي نشاط أعمال ويمثل بطرق عديدة مثالاً لتخطيط الأعمال المعاصر. ويعرف التخطيط الإستراتيجي بأنه عملية رسمية متواصلة لتطوير الأهداف وتنفيذ الإجراءات بهدف تحسين مكانة المنظمة بالسوق إلى جانب تحقيق التوافق بين الموارد المتاحة والفرص التي يقدمها السوق.

يمكن أن نلاحظ من هذا التعريف أن التخطيط يمثل «عملية» تنطوي على كل من تطوير خطة منظمة وتنفيذها. وتركز هذه العملية على «المكانة» وهو ما يشير إلى العلاقة المهمة بين المنظمة والبيئة المحيطة بها. كما أن ذلك يعد إقراراً بأهمية التوفيق بين الموارد المتاحة والفرص. إذ إن ذلك هو الهدف المنشود في نهاية المطاف لأي ممارسة تخطيط.

وظائف التخطيط الإستراتيجي:

في بيئة الرعاية الصحية الحالية لا يمكن الإفراط في التأكيد على أهمية التخطيط الإستراتيجي. فالقول بأن التخطيط يمثل إطاراً لصنع القرار ينطبق على التخطيط الإستراتيجي بشكل أكبر من أي نوع آخر من التخطيط. وتتطلب الخيارات المنطقية في مجال الرعاية الصحية وجود سياق يحدد الأهداف التي يجب الوفاء بها بالإضافة إلى المعايير المتفق عليها من أجل اتخاذ القرارات.

تعمل الخطة الإستراتيجية كآلية للتكيف مع بيئة دائمة التغير. ويختلف التخطيط الإستراتيجي عن أي نوع آخر من التخطيط من حيث كونه يؤكد على «المكانة السوقية». وبالفعل فإن طبيعة التخطيط الإستراتيجي تؤهله للتكيف مع الهدف المتحرك المتمثل في مجال الرعاية الصحية. ويمكن القول بأن المنظمة ذات التوجه الإستراتيجي هي التي تتماشى إجراءاتها مع حقائق البيئة المحيطة.

يجب أن تقدم الخطة الإســتراتيجية ميزة تنافسية للمنظمة وذلك من خلال جعلها أفضل من الناحية المعلوماتية والتنظيمية مقارنةً بمنافســيها. أما إذا كان التحدي هو «أن تكــون أول من يصــل إلى الهدف» في مجال الرعاية الصحيــة في وقتنا الحالي، فيجب أن تقدم الخطة الإستراتيجية ميزة في هذا الشأن. ولكن إذا لم تتمكن المنظمة من أن تكون الأولى لســبب ما، فينبغي أن يكون الهدف هو أن تكون الأفضل. فيجب أيضاً أن تدعم الخطة الإستراتيجية هذا الهدف.

ينبغي أن تكون الخطة الإســتراتيجية هي الأســاس لتخصيص المــوارد، وتحديداً في حالة تخصيص الموارد الشــحيحة. هناك شــيءٌ متأصل في هــذا التعريف وهو مطابقة الموارد الداخلية مع الفرص داخل الســوق. أما في حالة المطالبة برأس المال الخارجي، فإن القليل من مصادر رأس المال تتعهد بالتزامات رئيسية في غياب الخطة الإســتراتيجية. وفي حالة أي مشروع مشــترك أو تطوير إستراتيجية سيثير الشركاء تساؤلات حول «الخطة» في بداية المناقشات.

كما يجب أن تقدم الخطة الإســتراتيجية أساســاً لتطوير العلاقة في بيئة تدفعها وبشــكل متزايد شــبكات المزودين، والأنظمــة المتكاملة لتقــديم الخدمات، وعلاقات الإحالــة. ويجب أن تتنــاول الخطة مدى ملاءمة الروابــط القائمة وتحدد العلاقات الإضافية المحتملة.

بــل الأهم من ذلك أنه يجب أن تكــون الخطة الإســتراتيجية بمثابة دعوة لاتخاذ الإجــراءات. فهناك بالفعل العديد من منظمات الرعاية الصحية التي تدير عجلاتها لســنوات في انتظار اتجاه واضح لتقديم نفسها. ويجب على الخطة الإستراتيجية – كما هو واضح من اســمها – أن تجسد الإستراتيجية الخاصة بالمنظمة. وعلاوةً على ذلك، ينبغي أن تنقل رؤية المنظمة وتضع السيناريو لما ينبغي أن تكون عليه عند وصولها لمرحلة «النضج».

طبيعة التخطيط الإستراتيجي:

هناك بعض الســمات التــي تميز التخطيط الإســتراتيجي عن أي نــوع آخر من التخطيــط وتبرز خصائصه الفريدة. إن التخطيط الإســتراتيجي «أفقي» بمعنى أنه يمر عبر الأقسام المتنوعة بالمنظمة. وهكذا فإنه يتطلب وجود التنسيق عبر الخطوط التنظيمية ويستدعي وجود تعاون أكثر انفتاحاً عبر البنية والوظيفة بشكل أكبر من أنواع التخطيط الأخرى. لهذا فإن التنسيق مهم جداً لكل من تطوير الخطة وتنفيذها.

إن التخطيط الإســـتراتيجي «نســـبي» من حيث توجهه. ومـــن الناحية المفاهيمية، فإن التخطيط الإســـتراتيجي يتواجد فقط عند ارتباطـــه بالبيئة الخارجية والفاعلين الآخرين فـــي تلك البيئة. وفي الصناعة التقليديـــة ذات التوجه للمنتج تكون العلاقة بالبيئة الخارجية محدودة. وفي الصناعة ذات التوجه للخدمة، مثل الرعاية الصحية، تكون البيئة الخارجية هي «ســـبب وجود» التخطيط الإستراتيجي. ولهذا، ينبغي عدم التأكيد على خاصية التركيز الداخلي التي تتصف بها الأنواع التقليدية من التخطيط. وبعد كل شيء فإن القضايا الحقيقية هي التي تتواجد في البيئة.

إن التخطيط الإســـتراتيجي «طويل المدى» من حيث توجهه (أو على الأقل ذو مدى أطول من الأشكال التقليدية للتخطيط). أما من الناحية النظرية، فينبغي أن يتضمن التخطيط الإســـتراتيجي أهدافاً طويلة المدى وإستراتيجيات متوسطة المدى وتكتيكات قصيرة المدى. ويجب عادةً مراعاة آفاق زمنية من خمس إلى عشر سنوات.

ويجب أن يكون التخطيط الإســـتراتيجي «إبداعياً» من حيث توجهه، وهو أمرٌ يمثل فارقاً أساسياً بين التخطيط الإستراتيجي وأنواع التخطيط الأخرى. قد لا يُنظر إلى الإبداع في تخطيط الموازنة أو تخطيط المنشـــآت علـــى أنها مزية. يكون الإبداع أمراً مطلوباً في حالة التخطيط الإســـتراتيجي إذا كانت الخطة تتمثل في معالجة القضايا التي تطرحها البيئة. يتطلب توجه التخطيط الإستراتيجي أن تُترك الحكمة التقليدية على أعتاب حجرة الاجتماعات. وهو ما يعني عدم تكرار مقولة «أعمال كالعادة» وعدم التفكر الذاتي. إن التخطيط الإستراتيجي يتطلب «التفكير خارج الصندوق».

إن العقليـــة الإســـتراتيجية تعيـــق التركيـــز التكتيكي. كما أن النهـــج قصير المدى للتخطيط لا يكون مناســـباً في سياق يتم فيه المطالبة بإستراتيجيات ذات مدىً أطول. إن التكتيكات متكررة بشـــكل أكبر من كونها تفاعلية. لا ينبغي أن يكون السؤال» «كيف يمكننا مواجهة إجراء قام به أحد منافســـينا؟» بل يجب أن يكون التفكير الإستراتيجي اســـتباقياً فـــي نهجه، ولا يجب أن تلهيـــه الظروف الحالية ولكن يتعـــين أن يركز على التطورات المتوقعة داخل البيئة بعد خمس سنوات أو يزيد.

وبمـــا أن التخطيط الإســـتراتيجي يتعلق «بالمكانة» فينبغـــي أن تعكس رؤية الخطة الإســـتراتيجية كيف ترى المنظمة مكانتها داخل البيئة بعد خمس أو عشـــر ســـنوات. وهذا هو السيناريو الذي يجب أن تستمد منه الخطوات المتوسطة.

يتعلـق التخطيط الإسـتراتيجي بجانب الأعمال الخاص بالمنظمـة. كما أن النوع الآخر الوحيد من الخطط والذي يكون مركزاً بشكلٍ أكبر على جوانب الأعمال هو خطة الأعمال نفسها، ويجب أن تكون هذه عنصراً فرعياً أو فرعاً من الخطة الإستراتيجية. ويُرجح أن تكون الأهداف المحددة في الخطة الإستراتيجية هي أهداف الأعمال.

لا يكون التخطيط الإسـتراتيجي عادةً عنصراً للتخطيط على نطاق المجتمع، وذلك علـى الرغم من أنه لن يكون من الملائم التأكيد على اسـتثناء هذا التخطيط كلياً من التخطيط على مسـتوى المجتمع. وفي حقيقة الأمـر، هناك اقتناع متنام بأن أهداف منظمـات القطاع العام والتي تعمل داخل سـياق الخطة علـى نطاق المجتمع لا يمكن الوصول إليها دون إتباع مبادئ التخطيط الإسـتراتيجي. وقد حفز هذا الإدراك على وجود اهتمام غير مسبوق بالإدارة الإستراتيجية بين كيانات الرعاية الصحية بالقطاع العام.

عملية التخطيط الإستراتيجي:

التخطيط لعملية التخطيط:

تشـتمل الخطوة الأولى في عملية التخطيط الإسـتراتيجي على التخطيط لعملية التخطيط. وعادةً ما تبدأ هذا الأمر بالتسـاؤل: لماذا نقوم بالتخطيط؟ وهنا يجب أن ندرك أن التخطيط الإستراتيجي لا يتم إجراؤه مطلقاً لأنه يمثل الشيء الصواب الواجب القيام به. بل تسـتدعيه في الغالب مشكلة ما أو مشكلة واضحة تتعلق بالمنظمة. كما أن هذه المشـكلة الواضحة لا تكون عادةً القضية الفعلية ولكن بعد التقصي يتبين أنها تـدل على قضايا أخرى. ولهذا، يكون النهج المتبع في الغالب الأعم محصلة للرغبات والاهتمامات الخاصة بأولئك الذين يبدؤون الخطة.

إن الكثيـر من الأنشـطة المبكرة في عمليـة التخطيط الإسـتراتيجي ذات طبيعة تنظيميـة، إذ تتضمـن تحديد المسـتفيدين وصناع القرار والأشـخاص ذوي المواهب والقـدرات العملية الذين يتعين وضعهم في الاعتبار خلال العملية. وهذه هي الخطوة الأولـى في تكوين فهـم للمنظمة والتي تعمل على إنشـاء قائمـة بمقدمي المعلومات الرئيسيين والذين يمكن الاستفادة منهم بعد ذلك خلال عملية تجميع البيانات.

كما تشمل هذه المرحلة تكوين فريق تخطيط يقوم بتوجيه العملية. وستتنوع طبيعة هذا الفريق من موقف لآخر، إلا أن تكوين هذا الفريق يعد شـرطاً أساسـياً لمواصلة

التقدم. إن الكثير من التخطيط لعملية التخطيط يستلزم تحديد الأشخاص الذين سيشاركون في العملية، بل والأكثر من ذلك الشخص الذي سيتولى زمامها. وفي حين أنه لا توجد هناك توليفة آمنة لتشكيل الفريق بما يضمن تحقيق النجاح، هناك بعض الفئات من المشاركين الذين يجب ضمهم. وتتضمن هذه الفئات ممثلين لمختلف المستفيدين وصناع القرار الرئيسيين وقادة الرأي وممثلين لكل المجموعات التي تتعامل معها المنظمة، ويجب أن يتضمن الفريق أولئك الذين يمثلون المجالات الأساسية المتنوعة في المنظمة. وبينما أنه ليس من الغريب أن يتم توظيف استشاري خارجي للمساعدة في تطوير الخطة، يجب أن تكون الخطة في النهاية نتاجاً لموظفي المنظمة. ولهذا، من الضروري أن يكون الأشخاص المناسبين مشاركين في بداية العمل في المشروع.

من المهم تطوير كفاءة تخطيط داخل المنظمة كذلك. وهذه خطوة أولى مهمة من أجل تطوير عقلية إستراتيجية، كما أنها تمثل تحدياً كبيراً في غالبية المنظمات. إن تأصيل العقلية الإستراتيجية لا يحدث بين عشية وضحاها، بل إنه يتطلب مزيداً من التوعية قبل أن تصبح هذه العقلية راسخة. ولهذا السبب، فإنه قد يُعتمد على موارد خارجية بشكل كبير خلال الجهود الأولية للمنظمة في التخطيط الإستراتيجي.

وهنا يأتي عادةً التساؤل حول من الذي ينبغي أن يقوم بالتخطيط. فإذا كان هذا التساؤل يتعلق بالموارد الداخلية، فهذا أمرٌ يجب أن تحدده المنظمة. أما إذا كان التساؤل يشير إلى طاقم العمل الداخليين في مقابل الخبراء الخارجيين فسيكون هذا الأمر صعباً. ولهذا فهناك خيارات تتعلق بالجدل حول الموارد الداخلية في مقابل تلك الخارجية. (انظر مربع ١-٨ حول مناقشة الموارد الداخلية للتخطيط في مقابل الموارد الخارجية).

تحديد الافتراضات:

يعد تحديد الافتراضات من الخطوات المهمة في البداية (وكذلك في الأوقات الحاسمة أثناء عملية التخطيط). ويمكن عمل هذه الافتراضات فيما يتعلق بالمشاركين في مجال الرعاية الصحية المحلية أو حول بعض «الحقائق الحياتية» للرعاية الصحية. كما يجب تحديد الافتراضات وفق طبيعة السوق (أو السكان) وكذلك المناخ السياسي ومكانة الجهات الأخرى التي تقدم نفس الخدمة إلى جانب عوامل أخرى قد تؤثر على عملية التخطيط.

مربع (١-٨)

الاختيار بين الموارد الداخلية والخارجية

هنــاك القليل من منظمــات الرعاية الصحية التي تمتلك المــوارد الداخلية المتاحة بالفعل من أجل إنشاء خطة إستراتيجية. حتى أن تلك المنظمات التي تعد محظوظة ويكون لديها بالفعل إدارة تخطيط أو أبحاث سيتعين عليها أن ترتب موارد إضافية لكي تستطيع القيام بصياغة خطة إستراتيجية شاملة. وعندما تطرأ هذه القضية، يظهر عادةً التساؤل الخاص باستخدام الموارد الداخلية في مقابل الموارد الخارجية. أي هل ينبغي أن تعتمد العملية بشــكل أساســي على طاقم العمل والموارد المتاحة بالفعــل داخل المنظمة، أم ينبغي تفويض الكثير من أنشــطة التخطيط أو معظمها إلى استشاري؟

هناك ميزات ومساوئ جلية لكل نهج، فهناك ميل طبيعي من جانب المديرين لتفضيل استخدام الموارد القائمة إلى أقصى حد ممكن، وذلك على الرغم من هذا التفضيل قد لا يشــاركهم فيه طاقم العمل الذين لديهم من المسئوليات الكثير بالفعل. هناك أيضاً العديد ممن يجادل ويقول بإمكانية استخدام الموارد الداخلية. من الواضح أن طاقم العمل موجود بالفعل في مجال العمل وهو معتاد على مجالاته. كما أن طاقم العمــل القائمين يدركون تاريخ المنظمة وكيفية عملهــا. كما أنهم على دراية بطاقم العمل الموجودين بالفعل وكذلك الموارد الأخرى ويمكنهم الوصول إليهم أو حشــدهم أو هما معاً. وإذا ما ســلمنا بالرغبة في أن تظل المعلومات الخاصة بالمنظمة «غير مكشــوفة» (وفي ظل وجود مخاوف حول ســرية البيانات في العيادات)، فســيكون هناك من يقول بأنه من الأفضل الإبقاء على البيانات «داخل العائلة» مخافة أن تقع في أيدي خطرة. بل سيكون هناك من يجادل بأنه يمكن تقليل نفقات التخطيط من خلال استغلال الأشخاص المعينين بالفعل بالمنظمة، وسنتناول هذا الأمر فيما بعد.

هناك حجــة لا يتم ذكرها دائماً ولكن ينبغي أن تتعلق باســتخدام الموارد الداخلية وهي متصلة بالتحول من التخطيط إلى التنفيذ. إن تطوير خطة إستراتيجية شيء وتنفيذها شــيء آخر. وعندما يأتي وقت الانتقال من التخطيط إلى التنفيذ، عادةً ما تتعرض العملية للفشــل. إن التأكيد علــى دور طاقم العمل الداخلي في تطوير الخطة يســمح بانتقال أكثر انسيابية إلى تحديد الإجراءات العملية لتنفيذ الخطة. وحتى إذا قامت الإدارات المختلفة بتولي عملية التنفيذ، فسينســقون بطريقة ما أو

بأخرى مع أولئك المشتركين في التخطيط، وهو ما سيسمح بمستوى معقول من التواصل. ليس من المتوقع أن يكون الحال كذلك مع استشاري خارجي يقوم بتنسيق عملية التخطيط إذ إنه سيكون قد رحل بعيداً عندما يحين وقت التنفيذ.

إن الكثير مما يثار من نقاش حول استخدام الموارد الداخلية في عملية التخطيط يمكن اعتباره أيضاً أمراً مضراً. ففي الظروف الطبيعية، سيكون لدى العاملين (بما في ذلك طاقم العمل المكرس لعملية التخطيط) قدر مكتمل من المسئوليات التي يخصصوا لها كامل أوقاتهم. لذا فإن اقتطاع وقت إضافي من أجل مبادرة تخطيط مهمة يمثل تحدياً لوجيستياً ومن المرجح أن يصاحبه قدر كبير من السلبية من جانب طاقم العمل.

يمكن النظر إلى حقيقة أن طاقم العمل القائم يعرف الكثير بالفعل عن المنظمة وطريقة عملها باعتبارها عائقاً أمام عملية التخطيط. إن كون طاقم العمل "شديد القرب للمشكلة" ينطوي على مخاطر. ومن المتوقع أن يكون طاقم العمل القائم متحاملاً فيما يتعلق ببعض الأقسام والأنشطة ومن المتوقع كذلك أن يكون لديه أفكار مسبقة حول المسار الذي يجب أن تتخذه المنظمة. إن التخطيط الإستراتيجي يدعو إلى ضرورة التفكير "خارج الصندوق" ويؤدي دائماً إلى إعادة هيكلة عمليات المنظمة وموظفيها. أما الأفراد الذين يعملون من أجل تحقيق مكاسب أو خسائر من هذه التطورات قد لا يكونوا أفضل من يمكنه تحديد مسار المنظمة. إن الحاجة إلى الموضوعية الكاملة يمكن أن تجعل من استخدام الموارد الداخلية إشكالية صعبة. وبالفعل، فإن ما يجول بأذهان طاقم العمل من قلق تجاه نتيجة من عملية التخطيط أو الإفصاح عن معلومات معينة قد يجعل من التعاون من جانب أطراف عدة داخل المنظمة صعب المنال.

كما أن هناك ميزات عدة لاستخدام الموارد الخارجية. فمن المتوقع أن يظهر الاستشاريون الخارجيون مستوىً من الخبرة غير المتاحة داخل المنظمة. حتى المنظمات التي بها إدارات تخطيط بالفعل لا يتوقع أن تمتلك القدرات الخاصة باستشاري مختص بتطوير الخطط. ومن المرجح أن يكون لدى الاستشاري الخارجي خبرات على المستوى المحلي وبالتالي سيكون لديه وجهة نظر لن تكون لدى طاقم العمل الداخلي. فسيكون هذا الاستشاري قد تعرض لأي عدد من مبادرات التخطيط الإستراتيجي واكتسب فهماً عميقاً لكل من العملية والإستراتيجية. كما يمكن أن يمتلك الاستشاري إمكانية الوصول إلى مصادر البيانات والأساليب التحليلية والمصادر الأخرى التي قد لا تكون متاحة أمام طاقم العمل الداخلي.

يمكن أن يقدم الاستشاري الخارجي درجةً من الحيادية قد لا تكون ممكنة مع الموارد الداخلية. ومن المتوقع أن يتعامل مع الموقف دون أدنى قدر من الأفكار المسبقة كما أنه من المتوقع أن يرحب بأية خيارات لم تكن لتحدث بالنسبة لطاقم العمل الداخلي، أو في حالة قيامهم بهذا، كان سيتم رفضها على الفور. إن الاستشاري الخارجي لن تكون لديه مصلحة منوطة به في نتيجة الخطة كما لا يجب أن يقلق بشأن كيفية إسعاد الرئيس في العمل وعدم إغضابه. ويمكن القيام بما يستلزم من تحاليل واتخاذ قرارات دون التخوف من تعرض الاستشاري لعواقب سلبية في المستقبل.

في كثير من الأحيان تكون هناك شكوك حول مقدرة الاستشاري الخارجي على الحصول على معلومات مكتملة ودقيقة من طاقم العمل بالمنظمة. ومن ناحية أخرى، قد تكون هناك شكوك من جانب طاقم العمل فيما يتعلق بعملية التخطيط ونوايا الاستشاري. كما يمكن أن تكون هناك مخاوف من أن المعلومات المقدمة ستُستخدم في إلحاق الأذى بالشخص الذي قدمها في إحدى المراحل. وقد يكون هناك قلق حول تقديم معلومات حساسة (بما في ذلك البيانات الإكلينيكية) إلى شخص خارجي يمكن أن يعمل لصالح جهة منافسة فيما بعد. إن الكثير من العاملين تساورهم الشكوك حول الدوافع الخاصة بالاستشاري وقد يعتبرون العملية مضيعة لأوقاتهم استناداً إلى خبرات سابقة في بعض الأحيان.

من ناحية أخرى، يمكن للأشخاص الخارجيين عادةً أن يستنبطوا المعلومات من طاقم العمل الذي لن يفصح بها مطلقاً إلى من يرأسهم في العمل أو إلى زملائهم. وقد تسمح ما لديهم من خبرات مع مواقف أخرى مماثلة أن يطرحوا الأسئلة الصائبة وأن يحللوا الإجابات بشكل أكثير عمقاً. وبالإضافة إلى هذا، قد يرحب العاملون بفرصة البوح بشكاواهم أو تقديم مقترحاتهم والتي لم يكن هناك من قبل فرصة للتعبير عنها.

لا يجب أن يُتوقع من الاستشاري الخارجي أن يكون على دراية ببيئة الرعاية الصحية التي تعمل بها المنظمة على نفس القدر الذي من المرجح أن يكون لدى طاقم العمل. وتوجد عادةً في مجال الرعاية الصحة علاقات متأصلة وأنماط تفاعل داخل المجتمع والتي يمكن أن تكون غير واضحة. كما أن هناك أيضاً جوانب بالمجتمع يصعب فهمها في الفترة الزمنية القصيرة التي يقضيها الاستشاري في وظيفته. لذا فإن العوامل التي يمكن أن تكون جلية لأخصائيي الصحة على المستوى المحلي يمكن أن تكون غير مدركة بالكامل من جانب الاستشاري الخارجي الذي يواجهه قدرٌ هائل من المعلومات التي يتعين تحليلها.

إن حقيقة عدم تواجد الاستشارى الخارجي بمجرد اكتمال الخطة تثير بعض المخاوف، إذ إن العملية تتعطل عادة في المرحلة التي يتم فيها الانتقال من طاقم التخطيط إلى الإدارة، وهو ما يجعل تغيب الاستشاري عند البدء في التنفيذ بمثابة عائق كبير. هناك القليل من الاستشاريين الذين يعلنون عن استعدادهم لمد يد العون في عملية التنفيذ، ولكن في العادة ينتقل الاستشاري إلى مهمة تخطيط أخرى عند البدء في التنفيذ.

تعد مسألة التكلفة عاملاً محورياً في اتخاذ قرار باستخدام الموارد الداخلية في مقابل الموارد الخارجية. وهناك أيضا اعتقاد بأنه من المتوقع أن يكون طاقم العمل القائم أكثر فعالية من الاستشاري الخارجي وذلك لأنهم موظفين بالمنظمة (على جدول الرواتب). إن ما يتلقاه العاملون من مقابل مادي لكل ساعة عمل أقل بكثير مما يمكن أن يطلبه الاستشاري الخارجي. كما أنه يمكن أن يُرى أن هناك بيانات كافية تتيحها الموارد الداخلية وليس من المتعين شراؤها لدعم عملية التخطيط.

تمثل وجهة النظر هذه رؤية غير واقعية تجاه الموقف لغالبية المنظمات. كما أنه وتحديداً في مجال الرعاية الصحية، لا يكتفي المديرون أبداً بمهمة الإدارة ولكنهم يشاركون في الأنشطة الأخرى. إن تحويل وقت واهتمام المديرين بعيداً عن المهام الإكلينيكية والفنية والإدارية يعني أنه لن يتم إنجاز هذه المسئوليات أو أنه سيقوم بها أطراف أقل كفاءة أو سيقوم بها طاقم العمل لدى «المؤسسة» وهو ما يتسبب في تحمل تكاليف كبيرة. ولهذا فإن التكاليف والجهد جراء تعبئة طاقم العمل المطلوب سيكون ضخماً. فالحاجة إلى البدء في أنشطة تجميع بيانات يتسبب في تكاليف إضافية. كما أن البدء من أول الأمر وحتى القيام بالبحوث الأولية مثلاً أكثر تكلفة من استخدام العمليات القائمة للاستشاري الخارجي. كما أن الاعتماد على الموارد الداخلة يمثل طرحاً باهظاً للغاية وذلك عندما يتم وضع التكاليف المباشرة وغير المباشرة في الحسبان، ويتوقع ألا يؤدي ذلك إلى تحقيق النتائج المرغوب فيها.

إن تكاليف الاستعانة باستشاريين خارجيين ليست باهظة. أيضاً هناك ميل إلى تقييم هذه التكاليف في ضوء مرتبات طاقم العمل. إلا أن ما يتلقاه الاستشاري من أجر في الساعة الواحدة لا يغطي فحسب ما يبذله من عمل في هذه الساعة ولكن يقابله أيضاً خبرات يضيفها الاستشاري إلى المشروع. إنه من الصعب تحديد ثمن لتفهمات لم تكن لتظهر على السطح لولا ما يقدمه الاستشاري. وإذا ما سلمنا بأهمية الخطة الإستراتيجية بالنسبة للمنظمة، فمن الصعب تبرير تجاهل خيارات

مهمــة من أجل توفير بضعــة دولارات. وفي حالة الاستشــاري، فلن يتم تعويضه بشكل كامل إلا بعد أن يقدم المنتج، ولكن الموارد الداخلية تستمر في تلقيها الأموال سواء أنتجت خطة أم لم تنتج.

يجب ألا يكون الاختيــار بين الموارد الداخلية والخارجية بمثابة قرار إما/أو. ففي واقع الأمر، لابد أن ينبعث الاتجاه الإســتراتيجي مــن جانب طاقم العمل بالمنظمة بغض النظر عن مستوى المشاركة الخارجية. ولهذا السبب ولغيره، يتم في مشاريع التخطيط الناجحة اســتخدام الموارد الداخلية والخارجية بحصص متناســبة. إن لــدى طاقم العمل القائــم الكثير لكي يقدموه، كما أنه مــن المرجح أن تكون موارد البيانات متاحة داخل المنظمة. ومن ناحية أخرى، يمتلك الاستشاريون الخارجيون وجهــات النظر والمهارات الفنية التي تمكنهم مــن أن يضيفوا إلى المعرفة الخاصة بطاقم العمل القائم والموارد الداخلية المتاحة. ويستفيد هذا النهج من الميزات التي يقدمها طاقم العمل الداخلي والموارد الخارجية.

يمكــن – بل وينبغي – بيان بعض الافتراضات في مســتهل عملية التخطيط. أما الافتراضات الأخرى فستنشــأ أثناء تجميع المعلومات والتحصل على المزيد من المعرفة المتعمقة حول السوق واحتياجات الرعاية الصحية به وكذلك الخدمات المتاحة. وعلى الرغم من أن هذه الافتراضات ســيتم تنقيتها بدون شــك أثناء عملية التخطيط، فمن الضــروري أن يتم البدء بافتراضات عامة مثل «ستســتمر الرعاية المدارة في إحداث تأثير كبير على السوق المحلي» أو «نحن نحتل المركز الرابع من حيث الحصة السوقية وليس أمامنا فرصة لنصبح في المقدمة».

تجميع المعلومات الأولية:

تبدأ عملية تجميع البيانات بالحصول على معلومات أساســية عامة حول المنظمة. وسيشــمل ذلك اســتعراض لأية مواد متاحة تخص المنظمة، مثل المنشــورات (بما في ذلك التقارير الســنوية) والبيانات الصحفية ومواد التســويق. وقد يكون من المناسب استعراض «السير الذاتية» الخاصة بالإدارة وكبار موظفي الأقسام السريرية والفنية. من المصــادر المحتملة الأخرى للمعلومات التقارير المقدمة إلى المؤسســات التنظيمية وخطط الأعمال التي تم عرضها على مصادر التمويل، وطلبات المنح، وطلبات شهادات الحاجــة. هناك بعض المســتندات الداخلية التي يمكــن أن تكون مفيدة مثل محاضر اللجان التنفيذية وملخصات جلسات التخطيط ودراسات التقييم.

من الضروري كذلك استعراض أية دراسات تخطيط أو تقارير استشارية سابقة تم القيام بها من أجل المنظمة. وقد تقدم هذه المستندات معلومات أساسية قيمة حول المنظمة وبيانات الإمداد القاعدية والتي يمكن استخدامها في أهداف المقارنة، كما تتيح إطاراً تحليلياً يمكن تحديثه بيسر. وتقدم هذه المستندات الأساس بالإضافة إلى معلومات أخرى مجمعة وذلك لتنظيم الجوانب الأساسية للتحليل.

يجب أن تتضمن عملية تجميع المعلومات الأولية عقد لقاءات مع أفراد ذوي معرفة داخل المنظمة. وينبغي أن يكون من ضمن هؤلاء الأشخاص عينة مقبولة من الأفراد داخل المنظمة الذين يمثلون مجالات وظيفية مختلفة واهتمامات قائمة ووجهات نظر. وفي حالة وجود منظمات كبيرة، قد يتم قصر اللقاءات على كبار مسئولي الإدارة وطاقم العمل الطبي وربما شخص أو أكثر من ذوي الاطلاع على التاريخ المؤسسي. أما في المنظمات الأصغر حجماً مثل مكان ممارسة الطبيب، فمن الممكن عقد لقاءات مبدئية مع طاقم العمل الطبي، وطاقم العمل الإداري وربما كبار الأشخاص خلال عملية تجميع المعلومات الأولية.

ما هي الأشياء التي يتوقع واضع الخطة أن يتعلمها من هذه المواد والمقابلات الأولية؟ يجب تحديد القضايا الرئيسية، مع مراعاة أنها قد لا تكون نفس القضايا التي استدعت وجود مبادرة التخطيط. وقد تكون القائمة المدرج بها القضايا عند هذه المرحلة طويلة نسبياً وغير منقحة. لهذا فإن تقليل حجم القائمة لتقتصر على أشد القضايا ارتباطاً سيكون جزءاً من عملية التخطيط.

ويجب تحديد الهيكل التنظيمي، وهذا لا يعني فحسب الهيكل المصرح به ولكن الهيكل الفعلي أيضاً من حيث طريقة عمل المنظمة. وهذا الأمر يشمل استعراضاً لقسم العاملين وسلسلة القيادة وقنوات الاتصالات الداخلية.

ينبغي تحديد الفاعلين الرئيسيين بالمنظمة من خلال هذه العملية، وكذلك ينبغي إذا أمكن تحديد الأشخاص ذوي النفوذ المتواجدين خارج المنظمة. وسيتنوع عدد اللاعبين الرئيسيين حسب حجم المنظمة وتعقيدها. هناك بعض اللاعبين الرئيسيين الواضحين مثل الأشخاص ذوي المناصب الرسمية بالسلطة. كما أن رؤساء الأقسام أو الإدارات يمكن أن يكونوا بمثابة مصادر معلومات أساسيين. أيضاً قد يكون هناك مشاركون آخرون ممن تسمح لهم وظائفهم بالوصول إلى المعلومات المهمة. ومن أمثلة هؤلاء الأشخاص أخصائيي التخطيط أو التسويق، وأخصائيي الأنظمة المعلوماتية، ومدير قسم السجلات الطبية، ومسئول الاتصال في الرعاية المدارة.

هناك فئة أخرى من الأشــخاص الذين يمثلــون مصادر معلومات مهمة ومنهم الذين يمتلكــون معرفة بموجب خبراتهم الفريدة داخل المنظمة. ومن أمثلة هؤلاء الأشــخاص مدير العاملين صاحب الخدمة الطويلة أو الأشخاص الذين عملوا على عدة مستويات أو في إدارات مختلفة داخل المنظمة أو في كليهما. وهناك أشخاص آخرون يمكن أن يكونوا مهمين لما يقومون به من أدوار (وعادةً لا يتم الاعتراف بذلك رســمياً) مثل قادة الرأي. هناك بعض العاملين الذين يمكن اعتبارهم قادة رأي لما يمتلكونه من علاقات أو شخصية أو معرفة أو أية سمات أخرى. وفي بعض المستشفيات مثلاً يمكن أن يمتاز ممثل الاتحاد بقدرته على التأثير بدرجة تفوق مسماه الوظيفي الرسمي داخل المنظمة.

ويجــب أن تحدد هذه المرحلة من العملية أيضاً العناصر الأساســية للمنظمة. من هم الأشخاص الذين يتعين على المنظمة تقديم تقاريرها إليهم؟ إذا كانت هناك منظمة خاصــة ذات عدد محدود من المالكين، فمن المحتمــل أن يكون هناك القليل الذي يهم خــارج المنظمة. ومن ناحيــة أخرى، إذا كان هناك كيان خــاص لا يهدف إلى تحقيق الربح، فمن المتوقع أن يكون هناك أعضاء مجلس الإدارة، والجهات التنظيمية والجهات الأخرى التي يتعين على المنظمة أن تكون عرضة للمحاسبة أمامها. أما إذا كانت هناك شــركة مســاهمة عامة، فإن أعضاء مجلس الإدارة ومساهميها سيمثلون عناصر ذات أهميــة كذلك. هناك أيضاً عناصر أخرى يجب وضعها في الاعتبار ومنها مجموعات المرضــى، وأطباء الإحالة، ومديرو مزايا / منافــع العاملين، وممثلو الخطة التأمينية، والسياســيون. ويتعين تعريف هذه العناصر خلال المراحل المبدئية من التحليل بحيث يمكن لهذه المعلومات أن تفيد في ما يأتي بعد ذلك من أبحاث.

إن الكثيــر مما يتم اكتشــافه خلال عملية تجميع المعلومــات الأولية يمكن اعتباره انعكاســاً للثقافة المؤسسية للمنظمة. ويشير هذا المصطلح إلى طبيعة البيئة الداخلية للمنظمة. ويوجد الآن توثيق كاف للطريقة التي تؤثر بها الثقافة المؤسســية على عمل المنظمة وتحدد المدى الذي يمكن تعديل هذه البيئة فيه تجاه عملية التخطيط. ستؤثر ثقافة المنظمة على كل من عملية التخطيط وتنفيذ الخطة.

كما يجب أن تحدد عملية تجميع المعلومات الأولية أية عوائق محتملة أمام التخطيط. فما هي الاعتبارات التنظيمية التي يمكن أن تعوق عملية التخطيط؟ هل ستحول قضايا الاتصال دون التعاون؟ من هم الأفراد وما هي الوظائف التي من المتوقع أن تقاوم عملية التخطيط؟ من غير المرجح أن يكون لدى المخطِط الإجابات الكاملة لهذه الأسئلة عند هذه المرحلة، ولكن سيظهر تقدير للعوائق المحتَملة مع تراكم المعلومات الأساسية.

ويجب أن يكون المخطط عند هذه المرحلة قادراً على البدء في التفكير وفق الافتراضات التي ستدفع عملية التخطيط. ومن الممكن عند هذه المرحلة أن يتم تكوين افتراضات حول دعم الأطراف المتنوعة، وبنية المنظمة، والثقافة المؤسسية، وجودة التواصل، وعملية صنع القرار، وهكذا. تساعد هذه الافتراضات في إعداد الحدود لعملية التخطيط.

تكوين صورة عامة عن المنظمة:

يجب أن يؤدي تجميع المعلومات الأولية إلى إدراك «هوية» المنظمة وما تقوم به من أعمال. وسيتضمن هذا فحص بيان الرسالة القائم وأهداف المنظمة. فإذا لم يتم بيانها، فيجب تحديد الرسالة والأهداف المفترضة. إن إحدى نقاط التحول الحقيقية لأي منظمة رعاية صحية تشمل التعامل مع الأعمال التي تقوم بها. كما أن المستشفيات التي أصرت على الاعتقاد بأنها وظيفتها تتمثل في كونها مستشفى وليس مكاناً لتلقي الرعاية الصحية وجدت نفسها ليس لها ميزة تنافسية أمام المستشفيات التي أدركت أن لها مهمة أشمل.

ولكي يتم تحقيق هذا الهدف، يتعين الإجابة عن سؤالين مهمين خلال المراحل المبكرة للأبحاث. وأول هذين السؤالين هما: ما هو المنتج أو المنتجات التي تقدمها؟ قد يبدو هذا سؤالاً بسيطاً، إلا أن القليل من منظمات الرعاية الصحية يمكنه بالفعل الإجابة عنه. ويرجع هذا بشكل جزئي إلى أن هذه المستشفيات لم تفكر أبداً من هذا المنطلق، كما أنه ليس بالسؤال اليسير. فإن لم يكن العمل الوحيد الذي تقوم به المنظمة هو بيع منتجات الرعاية الصحية، فمن المتوقع أن تكون المنتجات والخدمات المقدمة معقدة ولا يمكن تصنيفها بسهولة. ما هو المنتج الذي تقدمه الجهة الممارسة لتخصص ما، على سبيل المثال؟ الصحة؟ القضاء على الأمراض؟ إطالة العمر؟ تحسين جودة المعيشة؟ أو بشكل آخر، هل المنتج هو الإجراء أو الأسلوب التشخيصي المفرد الذي يتم القيام به، أم هو البرنامج الشمولي الخاص بالرعاية الصحية المقدمة؟ وبغض النظر عن مدى التعقد الموجود، فإن تحديد المنتجات والخدمات التي تقدمها المنظمة يعد خطوة مهمة من أجل تطوير طريقة تفكير إستراتيجية.

أما السؤال الثاني فهو: من هم عملاؤنا؟ وهذه القضية ليست أقل تعقيداً إلا إذا قامت المنظمة بتقديم منتج محدد للغاية إلى عميل محدد للغاية. وكلما كانت المنظمة متعددة الأهداف، ازداد نطاق العملاء لديها. فبالنسبة إلى المستشفى، يمكن القول أن قائمة العملاء تشمل: المرضى المتلقين للخدمات؛ أفراد العائلة وصناع القرار الآخرين

الذين يؤثرون على سلوك المريض؛ الأطباء التابعين لطاقم العمل؛ أطباء الإحالة؛ كبار أصحاب الأعمال وتحالفات الأعمال؛ وشركات التأمين وخطط الرعاية المدارة. وفي الكثير من الحالات، قد يكون مقدمو الخدمات عملاء، وهو أمرٌ يحدث بالفعل مع نشوء الشبكات المكونة من المزودين وأنظمة التسليم المتكاملة. كما أن القائمة لا تنتهي عند هذا القدر، وخاصة إذا كانت المستشفى تتمتع بإعفاء ضريبي لكونها لا تسعى للربح. وفي هذه الحالة، يمكن أن يشمل «العملاء» الآخرين مجموعات الدفاع عن المستهلكين، وصناع السياسات، والمشرعين، والجهات التنظيمية والصحافة. وكما هو الأمر مع مسألة المنتج، فإن السؤال الخاص بالعملاء معقد. فإن إيضاح طبيعة العملاء تمهيد مهم لتطوير طريقة التفكير الإستراتيجية.

وقبل الانتقال إلى إجراء أبحاث إضافية، من المهم عرض الانطباعات الأولية لواضع الخطة على صناع القرار الرئيسيين. وهذا الأمر يتيح الفرصة لكافة الأطراف أن تتوافق وأن تتخلص من أية فوارق كبيرة في الاتجاهات تكون قد تطورت. وهناك بعض الحالات التي تؤدي النتائج التي تم الوصول إليها في مرحلة تجميع المعلومات الأولية إلى اتخاذ قرار بعدم متابعة عملية التخطيط. كما أنه كان هناك في أحيان أخرى استشاري شجاع قام بإيضاح أنه، إن لم تُجر بعض التغييرات في السلوك أو الإدراكات الخاصة بالإدارة العليا، فسيكون القيام بعملية التخطيط أمراً لا فائدة منه.

تتطلب كل مبادرة تخطيط بالطبع تطوير خطة مشروع لإرشاد العملية. وهذا الأمر مهم على وجه الخصوص مع التخطيط الإستراتيجي وذلك للحاجة المتكررة لعبور الخطوط الفاصلة بين الإدارات والتنسيق بين الأنشطة الخاصة بالوحدات التي ربما لم تعتاد على العمل سوياً. (لقد قمنا بمناقشة خطط المشروع في الفصل الخامس).

تجميع البيانات القاعدية:

ومع افتراض وجود إجماع على المضي قدماً في عملية التخطيط، يمكن حينها البدء في تجميع البيانات بشكل جدي. وعلى الرغم من أن التركيز الرئيسي للتخطيط الإستراتيجي يتمثل في البيئة الخارجية إلا أن العملية تبدأ بتحليل ذاتي شامل.

التدقيق الداخلي:

وكما ذكرنا في الفصل السابع، فإن التطبيق الأكثر شمولية للتدقيق الداخلي يمكن أن يكون في سياق التخطيط الإستراتيجي. والمقصود من التدقيق الداخلي هو تحديد من يقوم بماذا داخل المنظمة، ومتى وأين يتم ذلك، وكيفية عمل ذلك، بل حتى لماذا

يتـــم القيام بذلك وما درجة إجـــادة القيام به. إنه لأمر مذهل حقاً كيف يُعثر في كثير من الأحيان على أن السبب وراء نشاط ما لا يتم الاستفسار عنه إلا إذا قام استشاري خارجي بالإشـــارة إلى ذلك النشاط فيســـأل أعضاء فريق العمل بعضهم البعض: «ما سبب قيامنا بذلك؟»

سيشتمل التدقيق الداخلي على لقاءات إضافية تركز على جوانب محددة للمنظمة وعملها، وقد تتطلب تقديم استبانات إلى كافة طاقم العمل أو بعض منهم. وسيتطلب التدقيق الداخلي كذلك إمكانية الوصول إلى نطاق عريض من البيانات الداخلية التي تصف العمليات، والسياسات والإجراءات، والتوظيف، والتمويل، والأنظمة المعلوماتية، وأي جوانـــب أخرى ذات صلة تخص المنظمة وطريقـــة عملها. بل قد يتطلب التدقيق الداخلي استخدام أساليب البحوث الأساسية للحصول على معلومات معينة.

يتعلم واضع الخطة ســـريعاً أن هناك على الأقل أربع رؤى لكل جانب من أنشـــطة المنظمة. وتنطوي أولاها على سياسات مكتوبة وإجراءات تحكم العملية قيد الدراسة. أما الرؤية الثانية فتتضمن رواية المدير لما يحدث. وتشمل الرؤية الثالثة وصف العاملين لما يحدث. وأخيراً فإن الرؤية الرابعة تعكس ما يحدث في الحقيقة استناداً إلى تقييم موضوعي للموقف. وفي حين أنه من المهم تحديد العملية الفعلية، فإن الرؤى الثلاث الأخرى ليســـت بأقل أهمية لعمليـــة التخطيط. إن السياســـات والإجراءات، وكذلك الإدراكات الخاصة بكل من الإدارة وطاقم العمل، لها تأثيرات على الاتجاه الذي تتخذه مبادرة التخطيط.

يغطـــي التدقيق الداخلي مجموعة متنوعة وعريضة من الســـمات التنظيمية والتي يمكـــن أن تكون مفصلة وشـــاملة بصورة كبيرة. وتعـــرض القائمة التالية الجوانب من المنظمة التي يمكن معالجتها باستخدام التدقيق الداخلي:

الخدمات والمنتجات القائمة	عملية الإدارة الداخلية
طبيعة العملاء وعددهم وخصائصهم	الوضع المالي
الاستفادة وأنماط الخدمات	هيكلية الرسوم/التسعير
كمية المبيعات الخاصة بالمنتجات	ممارسات تقديم الفواتير وتحصيلها
مستويات التوظيف وخصائص طاقم العمل	ترتيبات التسويق
	أماكن تواجد منافذ تقديم الخدمات
	علاقات الإحالة

سـينطوي التدقيق الداخلي لخطة إسـتراتيجية ما عادةً على بعض أنواع التحليل التشـغيلي. ومن المرجح أن يشـمل هذا على الأقل تحليـلات لتدفق المرضى، وتدفق الأوراق، وتدفـق المعلومـات. قد يقوم التحليل التشـغيلي بدراسـة أنماط التوظيف، واعتبارات المسـاحة الحسية، والإنتاجية. ويمكن أن يكون هذا النوع من التحليل على قدر كبير من التقنية وقد يتطلب استخدام موارد خارجية.

التدقيق الخارجي:

إن التدقيـق الخارجي في عملية التخطيط الإسـتراتيجي تبـدأ بنفس الخطوات المذكـورة في الفصول السـابقة من هذا الكتـاب والخاصة بتقييـم البيئة التي تعمل بهـا المنظمـة. وتبدأ العملية بتحليل للبيئة الكلية ثم تواصل التقدم خلال المسـتويات المتعددة وصولاً إلى البيئة المصغرة. ويتم اسـتعراض الاتجاهات الاجتماعية العريضة وتحليل التطورات داخـل الاقتصاد وذلك لمعرفة تأثيراتها على الرعاية الصحية. يتم اسـتعراض الاتجاهات في القطاع الصحي، مع الانتباه إلى التطورات التي تشـهدها الميادين التنظيمية وميادين السداد.

إن طبيعة المنظمة والقضايا التي يتم دراسـتها هـي التي تحدد نطاق التدقيق الخارجـي. لذا فإن العديد من الجوانب الخاصة ببيئة الرعاية الصحية سـتكون مهمة بالنسـبة للمستشـفى الرئيسـي أو لنظام صحي رئيسـي. أما بالنسـبة للمنظمـات الأكثـر تخصصاً، فقد يكون مـن الممكن التركيز علـى تلك الجوانب الخاصـة بالبيئة الخارجية والتي يكون لهـا تأثيرات على ذلك الجانب المحدد من الصناعة الصحية.

ويتم نقل التحليل نزولاً إلى مستوى السوق المحلي بالنسبة لغالبية منظمات الرعاية الصحية. ومع هذا، فإن كانت المنظمة التي تقوم بالعملية ذات نطاق قومي، فقد يكون مستوى التحليل مختلفاً. وحتى مع هذا، فإن غالبية مزودي الرعاية الصحية تعمل في بيئـة محلية. يتعين النظر في «منـاخ» المجتمع المتعلق بنطاق القضايا التي يتم تناولها في التقييم البيئي.

تحديد السوق:

يمكـن تحديد «السـوق» الخاص بالمنظمـة بطـرق مختلفة. ويتوقـف التحديد المسـتخدم على الهدف من وراء التحليل، وكذلك المنتج أو الخدمة التي يتم دراسـتها،

والبيئة التنافسية، وحتى نوع المنظمة التي تقوم بالتخطيط. ويمكن تحديد الأسواق استناداً إلى الجغرافية، والديموغرافية، وطلب المستهلك، وانتشار الأمراض، وهكذا. وقد تناولنا بشيء من التفصيل الأسس المتنوعة الخاصة بتحديد السوق في الفصل الخامس.

تكوين صورة عامة حول سكان منطقة السوق:

في مبادرة التخطيط الإستراتيجي المعتادة، تكون المهمة الأولى هي تكوين صورة عامة عن السكان في منطقة السوق. ويختلف نوع المعلومات المطلوبة حول سكان منطقة السوق وفقاً لطبيعة المشروع. ويكون النوع الأول من البيانات المجمعة في العادة بيانات ديموغرافية، وتشمل سمات اجتماعية حيوية وثقافية اجتماعية. وعلى أقل تقدير، سيقوم المحلل بدراسة السكان من حيث العمر والجنس والجنس/الإثنية، والحالة الاجتماعية/ البنية العائلية، والدخل والتعليم. أما خلال العملية فسيتم تقييم الموقف من حيث التغطية التأمينية.

عادةً ما يصاحب التحليل الديموغرافي تقييمٌ للخصائص السيكوغرافية لسكان السوق. ويمكن الاستفادة من المعلومات التي تخص تصنيفات الأساليب المعيشية للجمهور المستهدف في تحديد الأولويات الصحية المتوقعة والسلوك المتوقع لمجموعة فرعية من السكان. كما أن اتجاهات المستهلكين تعد بمثابة بُعد آخر للسكان والذي يتم دراسته عادةً عند هذه المرحلة. ومن المتوقع أن يكون للاتجاهات التي يبديها المستهلكون في السوق تأثير كبير على الطلب على غالبية أنواع الخدمات الصحية تقريباً. أما على مستوى المنظمة، فإن مواقف تشكيلة عريضة من العناصر بجانب المستهلكين المباشرين يتعين وضعها في الاعتبار.

تحديد الخصائص الصحية:

ينبغي تحديد الخصائص الصحية للسكان باتباع الخطوات المذكورة في الفصلين السادس والسابع. وسيكون التأكيد بالطبع على تلك الأبعاد المتعلقة باحتياجات المنظمة.

ويتوجب تحديد الخصائص الصحية للسكان بالمدى الذي تكون معه ذات صلة. كما أن عدد مرات الإنجاب وكذلك خصائص تلك الولادات بالإضافة إلى خصائص أمهات وآباء هؤلاء الأطفال تشكل الأساس لتحليل الخصوبة.

يوجــد للأنماط التاريخية للخصوبة تأثير كبيــر على الأنماط الحالية للطلب على الخدمات الصحية. وهنــاك نطاق عريض من الاحتياجات للخدمات والمنتجات تدور حول الولادة. كما أن الولادة تستدعي الاحتياج إلى خدمات مستقبلية مثل تلك المتعلقة بطب الأطفال ووسائل منع الحمل. كما أن الطلب على علاجات الجهازين التناسليين الذكري والأنثــوي وازدياد الاهتمام بعلاجات العقم تعد بمثابة منتجات جانبية لعملية التكاثر.

يعد مســتوى نســبة المراضة داخل الســكان أمراً مهماً بالنسبة لواضعي خطط الخدمات الصحية. ويمكن أن تعمل معدلات الحدوث والانتشار على تحقيق هدف تخطيط مفيد كما أن كلاً منها يمكن توظيفها كجزء من تخطيط التحليل، وهو أمر يتوقف على طبيعة المشــروع. وتتضمن هذه الفئة مؤشرات العجز بجانب مقاييس نســبة المراضة من حيث انتشــار المــرض. ويحتاج المخططــون لأقصى حد ممكن إلى توقع معدلات الحدوث والانتشــار في المســتقبل من أجل التخطيط للتطورات القادمة.

إن دراســة معدل الوفيات تبحــث العلاقة بين الوفاة وبين حجم الســكان وتكوينه وتوزيعه بالســوق. كما أن المخططين على مســتوى المنظمة يكــون لديهم اهتمام أقل بتحليــل معدل الوفيات مقارنةً بأولئك المشــاركين في التخطيــط على نطاق المجتمع، وذلك لأن النوع الأخير مهتم بشــكل أكبر بالحالة الصحية الكلية للمجتمع. ومع هذا، يتم فحص بيانات الوفيات عادةً من أجل تحديد ما يمكن استخلاصه منها حول الحالة الصحية للمجتمع.

ســيكون التركيز في غالبية مبادرات التخطيط الإســتراتيجي على الصورة العامة لنســبة المراضة للسكان. كما أن حدوث وانتشــار الظروف الصحية المتنوعة ستدفع غالبية نشــاط التخطيط. ولغالبية المنظمات، يكون الطلــب على الخدمات الصحية والمســتمد من هذا المســتوى من الاحتياج هو ما يحدد الســوق. ومن المرجح أن يكون المخططون مهتمين بكل من مســتوى نســبة المراضة وأنماط الاســتفادة التي تنتجها. وكما هو الأمر في ســياقات التخطيط الأخرى، فمن الضروري أن يتم تكوين توقعات لهذه المؤشــرات الخاصة بالحالة الصحية وذلك للتأكيد على أن الخطة تعالج القضايا المستقبلية وليس القضايا الحالية.

السلوك الصحي:

يمكن تعريف السلوك الصحي بأنه أي إجراء يستهدف استعادة الحالة الصحية أو الحفاظ عليها أو تحسينها أو كل ما سبق. وينطوي السلوك الصحي على الأنشطة الرسمية مثل زيارات الطبيب ومرات قبول العلاج داخل المستشفى، ومرات وصف الدواء، وكذلك الإجراءات غير الرسمية من جانب الأفراد والمصممة لمنع المشكلات الصحية والحفاظ على الصحة وتحسينها. ويجب أن يكون الفهم الخاص بالسلوك الصحي للسكان مكملاً للمعلومات المتحصل عليها قبل ذلك حول احتياج السوق إلى الخدمات الصحية، وفي بعض الحالات تمثل بيانات الاستفادة أفضل مصدر لهذه المعرفة.

من الواضح أن منظمات الرعاية الصحية ستركز على تلك المؤشرات الخاصة بالسلوك الصحي الأكثر ارتباطاً بطريقة عملها. ومن المرجح أن تتطلب المستشفيات معلومات حول كافة المؤشرات المذكورة في هذا الكتاب بأكمله. هناك منظمات أخرى ذات نطاق أضيق ومن المتوقع أن تركز على مؤشرات معينة للاستفادة في تحليلاتها.

ومن المرجح أن تتطلب الخطة الإستراتيجية المزيد من التفاصيل حول السلوك الصحي بشكل أكبر من الأنواع الأخرى من التخطيط. ويمكن التفكير في الأنواع التالية من السلوك الصحي وذلك استناداً إلى نوع الخطة الجاري القيام بها:

- مرات قبول المرضى الداخليين
  - مرات القبول للعلاج بالمستشفى
  - مرات القبول للعلاج بدور الرعاية
  - مرات القبول بمراكز العلاج للمرضى المقيمين
  - مرات القبول للعلاج بمنشأة الصحة العقلية
- زيارات المرضى الخارجيين
  - زيارات المرضى الخارجيين بالمستشفى
  - زيارات حجرات الطوارئ بالمستشفى
  - زيارات عيادات الأطباء
  - زيارات العيادات السريرية الأخرى
  - زيارات الرعاية الطارئة

زيارات مراكز التشخيص

زيارات المراكز الجراحية

زيارات مراكز الصحة العقلية

- استخدام الخدمات الأخرى

زيارات الصحة المنزلية

العلاج البدني

العلاج البديل

- الإجراءات المتبعة

التشخيص

العلاج

- الوصفات الطبية المكتوبة

تتطلب العديد من مبادرات التخطيط الإســـتراتيجي وجود معلومات حول الجوانب غير الرسمية للسلوك الصحي. وقد يكون من الضروري أن يتم تحديد مدى ممارسة سكان منطقة السوق الرعاية الذاتية، ومدى اشتراكه في سلوك أسلوب معيشي صحي، أو مدى تركيزه على الرعاية الذاتية.

التحليل التنافسي:

إن عملية تحديد الموارد والتي تتســم بها الأنواع الأخرى من التخطيط تأخذ شكل تحليل تنافســـي في عملية التخطيط الإســـتراتيجي. قد يكون هناك بعض الأســـباب لتحديد إجمالي نطاق الخدمات الصحية المتاحة داخل الســـوق، إلا أن التركيز سيكون عادةً على المنظمات أو الخدمات أو كلتيهما التي يُرجح أن تتنافس مع الجهة التي تقوم بالتخطيط.

وفيما يلي الخيارات التي يجب دراســـتها للتحليل التنافســـي، مـــع الانتباه إلى أن الخيارات المنتقاة فقط هي التي يمكن أن تكون ذات صلة في موقف معين.

- منشآت الرعاية الصحية

المستشفيات

دور رعاية المسنين

عيادات الأطباء

العيادات المجتمعية

العيادات غير الخاصة بالأطباء (الممرضات الممارسـات NPs ومساعدي الأطباء PAS وغيرهم).

مراكز علاج المرضى المقيمين

منشآت العيش المعاون (والوحدات السكنية الأخرى للكبار)

منشآت الصحة العقلية

مؤسسات الصحة المنزلية والمحتضرين

مراكز الرعاية الطارئة

مراكز التشخيص المستقلة

مراكز الجراحة المستقلة

مراكز العلاج المتخصص (مثل إدارة الألم)

- معدات الرعاية الصحية

المعدات الطبية الحيوية

المعدات الطبية المعمرة

التكنولوجيا المعلوماتية

معدات الخدمات الطارئة

- طاقم العمل الصحي

الأطباء

الممرضات

الممرضات الممارسات لطب الرعاية الأولية NPs

أطباء الأسنان

أخصائيو البصريات

أخصائيو معالجة القدم

أخصائيو تقويم العمود الفقري

متخصصو الصحة العقلية

معالجو إعادة التأهيل (مثل أخصائي العلاج الطبيعي، ومعالجي النطق)

أطقم عمل الدعم السريري (مثل أخصائيي الأشعة)

أطقم عمل الدعم الإداري (مثل فنيي السجلات الطبية)

أخصائي العلاج البديل

- البرامج والخدمات

البرامج/الخدمات الخاصة بالمرضى الداخليين

البرامج/الخدمات الخاصة بالمرضى الخارجيين

خدمات الحالات الطارئة

البرامج/ الخدمات الخاصة برعاية القادرين على السير (المرضى الخارجيين)

خدمات الرعاية طويلة المدى

الخدمات المستندة إلى المجتمع

خدمات الصحة المنزلية

- موارد التمويل

التأمين التجاري (وتشمل الرعاية المدارة)

برنامج الرعاية الطبية «ميديكير»

برنامج المساعدة الطبية «ميديكيد»

البرامج الأخرى التي تتلقى تمويل فيدرالي (مثل إدارة قدامى المحاربين)

موارد التمويل على مستوى الولاية (مثل خدمات الصحة العقلية)

موارد التمويل المحلية (مثل إعانات المستشفيات الحكومية)

- الشبكات والعلاقات

تحالفات المستشفيات الرسمية

الأنظمة المتكاملة لتقديم الخدمات

شبكات المقدمين

المنشآت التي تعمل من خلال السلاسل (مثل المستشفيات ودور رعاية المسنين)

العلاقات التعاقدية

تحالفات الأعمال في الصناعة الصحية

لقد أصبحت الفئة الختامية، وهي الشبكات والعلاقات، ذات أهمية متنامية في بيئة الرعاية الصحية المعاصرة. ويجب أن يشمل الحصر الشامل للخدمات الصحية استعراضاً للشبكات والعلاقات القائمة داخل نظام التسليم. وفي عصر الرعاية المدارة عقود التفاوض للخدمات الصحية، نجد أن وجود الشبكات والعلاقات قد اكتسب أهمية مضافة. لا يمكن المغالاة في تقدير أهمية مثل هذه الاتجاهات ويجب على المنظمات أن تضع تأثير هذه الترتيبات في الاعتبار أثناء جهود التخطيط التي يبذلونها.

وهناك جانبٌ مهم لهذا التحليل وينطوي على علاقات الإحالة. وكما ازدادت أهمية العلاقات، فقد ازداد التوكيد عليها بشكل متزايد في عملية التخطيط الإستراتيجي. وفي واقع الأمر، يمكن القول بأن المرضى سيستفيدون من المزود في المستقبل نظراً للعلاقات القائمة، وليس للنهج التقليدي المتمثل في تكوين العلاقة بعد الاستفادة. لذا فإنه يجب التعامل مع وجود الشبكات والأنظمة المتكاملة لتقديم الخدمات والعلاقات الأخرى داخل المجتمع خلال عملية التخطيط الإستراتيجي.

تقرير حالة المنظمة:

قد يكون من المفيد عادةً في هذه المرحلة من عملية التخطيط أن يتم تقديم تقرير لحالة المنظمة. وستتوقف طبيعة التقرير على العديد من القضايا التي تمت إثارتها من قبل، وذلك مع التركيز على تلك القضايا المتعلقة بالمنظمة.

يجب أن يحتوي تقرير حالة المنظمة على الأقسام التالية والتي تلخص تجميع البيانات من البداية وحتى هذه المرحلة:

- الاتجاهات الكلية الخاصة بالمجتمع/الرعاية الصحية/الخدمات
- ترسيم المناطق السوقية
- تكوين صورة عامة للسكان بالسوق
- الخصائص الصحية للسكان بالسوق
- الوضع الحالي للمنظمة/ المنتجع
- تكوين صورة عامة للعملاء
- الموقف التنافسي
- التطورات المستقبلية المحتملة الأخرى والتي تؤثر على المنظمة

يجب أن يحدد تقرير الحالة كلاً من نقاط القوة ونقاط الضعف وكذلك الفرص والمخاطر التي يُعثر عليها خلال التحليل. ويجب كذلك أن تتضمن «بيان القضايا» والقائم على نتائج التحليل حتى هذه المرحلة. ويجب كذلك إعادة النظر في بيان الرسالة والافتراضات الأصلية عند هذه المرحلة الحاسمة.

ويعد تقرير حالة المنظمة بمثابة فرصة لوصف ما عليه المنظمة حقيقةً، وهو ما يسمح لكافة الأطراف أن تتفق وأن تكون إجماعاً حول الافتراضات. وهذه هي نقطة الانطلاق لتطوير الخطة اللاحق.

تطوير الإستراتيجيات:

وهذه هي مرحلة ممتازة خلال العملية ويمكن عندها دراسة الإستراتيجيات. وتنطوي الإستراتيجية على نهج عام تجاه التحديات بالسوق. ويكون اختيار الإستراتيجية أمراً مهماً على مستوى المنظمة، إذ إن الإستراتيجية تمهد لأنشطة التخطيط اللاحقة وتضع الحدود التي يجب على واضعي الخطة أن يعملوا داخلها. ومن أمثلة الإستراتيجيات التي يمكن إتباعها من جانب واضعي الخطة بالمنظمة ما يلي:

- إستراتيجية السيطرة: وفيها تفضل الجهة رقم واحد في السوق التركيز على الحفاظ على مكانتها
- إستراتيجية الدور الثانوي: وفيها تقبل الجهة التي تحتل المكانة الثانية بالسوق بتلك الحالة وتضع الخطط وفقاً لها.
- إستراتيجية الهجوم المباشر: وفيها تقرر المنظمة أن تحتل المكانة القيادية بالسوق أو أن تواجه المنافسين الرئيسيين.
- الإستراتيجية المتخصصة: وفيها تذعن المنظمة لكونها غير قادرة على المنافسة داخل السوق الرئيسي، ولكن بدلاً من ذلك تركز على الأسواق المتخصصة استناداً إلى الجغرافية أو مجموعات السكان أو الخدمات المنتقاة.
- الإستراتيجية الجانبية: وفيها تتغلب المنظمة على المنافسة من خلال طرق جانبية مثل الدخول في أسواق جديدة أو رعاية سكان جدد أو تقديم منتجات إضافية.

هذه فقط بعض الأمثلة لأنواع الإستراتيجيات التي يمكن اتباعها، إلى جانب الخيارات التي تكون غير محدودة بالأساس. قد تنطوي خطة معقدة على أكثر من إستراتيجية واحدة. فعلى سبيل المثال، قد تقبل مستشفى ما بكونها ذات مكانة

ثانوية باعتبارها مستشفى عامة، ولكنها تسعى وبنشاط إلى السيطرة على تخصصات رئيسية داخل السوق.

تطوير الخطة الإستراتيجية:

إن ما بُذل من جهد حتى الآن يقدم الأساس للتطوير الفعلي للخطة. فإذا تم القيام بالعمل المبدئي بصورة صحيحة، فحينها ستسير عملية التخطيط بيسر، من المنظور التقني على الأقل.

تحديد الهدف العام / الأهداف العامة:

يجب أن يعكس الهدف العام / الأهداف العامة الموضوعة المعلومات المقدمة في تقرير حالة المنظمة ويجب أن تتوافق مع بيان الرسالة الخاص بالمنظمة. تميل الأهداف العامة إلى كونها عامة في طبيعتها وتفتقر إلى دقة الأهداف والعناصر الأخرى بالخطة. وتحدد الأهداف العامة حالة مثالية تكون بمثابة هدف التطوير المستقبلي. قد يتمثل الهدف العام الخاص بشركة منتجات طبية قومية في جعل الشركة المزود الأقل كلفة لمنتج معين. وقد يكون الهدف العام الخاص بشركة خدمات صحية محلية هي إحراز مكانة للمنظمة باعتبارها لاعباً في سوق متخصص وذلك للاستفادة من فرص سوقية معينة. أما بالنسبة للجهة المقدمة لخدمة معينة، فقد يتمثل الهدف العام في أن يُعترف بأنها المزود المفضل لقطاع معين من السوق.

يتوقف عدد الأهداف العامة الواجب وضعها على تعقد وحجم المنظمة وطبيعة القضايا القائمة. فإذا كان التركيز ضيقاً، فقد يكون وجود هدف واحد مناسباً. ومن ناحية أخرى، فإن تعقد الكثير من منظمات الرعاية الصحية يدعو إلى وضع أهداف متعددة. ويمكن وضع أهداف تختص بخطوط أو وحدات خدمات معينة داخل المنظمة.

تحديد الأهداف المحددة:

تشير الأهداف المحددة إلى عمليات مستهدفة معينة تدعم تحقيق الأهداف العامة. وتمثل هذه الأهداف المحددة للكثيرين «التكتيكات» التي تدعم الإستراتيجيات. وتتحدد الأهداف المحددة لخطة إستراتيجية ما بمثل هذه المصطلحات: سيقوم قسم تقويم العظام بالمستشفى بتعيين أخصائي الطب الرياضي في غضون العام القادم (وذلك من أجل دعم الهدف المحدد المتمثل في توسيع خطوط إنتاج تقويم العظام بالمنظمة).

ومن المتوقع أن يتم تحديد عدد من الأهداف المحددة لكل هدف عام، وسيكون هناك من أربعة إلى خمسة أهداف معتادة. ومن الشائع كذلك وجود أهداف متعددة لأنه من المرجح أنه ستكون هناك حاجة إلى اتخاذ إجراء تجاه عدد من الجبهات المختلفة لتحقيق هدف عام معين.

وبينما يقوم فريق التخطيط بوضع الأهداف، يتعين الانتباه إلى أي عوائق أمام تحقيق الأهداف المقررة الخاصة بالمنظمة، كما يتعين تحديدها وتقييمها. ويتعين كذلك تحديد مدى إمكانية التغلب على مثل هذه العوائق. أما في حالة وجود عوائق لا يمكن التغلب عليها، فيمكن حينها التخلي عن أحد الأهداف. فقد نجد على سبيل المثال أن عدم وجود أخصائي للعلاج البدني يمثل عائقاً محتملاً أمام توسيع نطاق برنامج المنظمة الخاص بإعادة تأهيل المرضى الخارجيين. أما إذا كان من الممكن معرفة أحد المصادر غير المستغلة من بين أخصائيي العلاج البدني، فإن ذلك العائق يمكن التغلب عليه حينئذ. وقد نجد في إحدى الحالات الأخرى، أن هناك عائقاً أمام تحقيق الهدف المتمثل في توسيع نطاق الامتيازات التي يحصل عليها الأطباء العاملون في أحد المستشفيات الأخرى داخل المدينة وهذا العائق هو إحدى الممارسات الطبية التنافسية المتأصلة في ذلك المستشفى. وقد يتبين أن هذا يمثل عائقاً لا يمكن التغلب عليه.

تحديد أولوية الأهداف:

يصبح تحديد أولوية الأهداف بمثابة خطوة مهمة خلال هذه العملية. ولا توجد هناك طريقة واحدة لتحديد أولوية الأهداف، ومن المرجح أن يتنوع النهج وفقاً للموقف. ومع ذلك، يتعين إيجاد مستوىً معين من الإجماع حول العملية قبل ذلك، وذلك من أجل دراسة الأولويات بصورة منظمة. وهناك عددٌ من الأسئلة التي يمكن طرحها في هذا الشأن وقد تناولنا هذا الأمر في الفصل السادس.

يتمثل التحدي في أن يتم في بداية الأمر تحديد المعايير الأكثر أهمية لأهداف إعطاء الأولوية. بل قد يكون من الضروري استخدام مجموعة متنوعة من المعايير داخل مبادرة تخطيط مفردة بسبب طبيعة المشروع. ومن المتوقع أيضاً أن تتسبب العملية في التخلص من بعض الأهداف التي تُعتبر أقل أهمية بمجرد تطبيق المعايير.

ويتعين النظر في احتمالية حدوث نواتج غير متوقعة تنشأ عن تحقيق أي من الأهداف. ومن الضروري لكل هدف أن يتم تحديد النواتج المتوقعة جراء القيام به. وينبغي أن

يتضمـــن ذلك كلاً من النواتج المقصودة والنواتج غيـــر المقصودة المحتملة. ومن الناحية الواقعية فإن كل إجراء يتم اتخاذه سيؤدي إلى نواتج سلبية. وعند صعوبة التخلص من هذه العواقب، فإن التسليم بوجودها يعد الخطوة الأولى في التقليل من تأثيرها.

فعلى ســبيل المثــال، إذا كان الهدف المقرر يتمثل في فتــح مركز جراحة للمرضى الخارجيين في ظل وجود مستشــفى منافســة (وذلك لدعم الهــدف المتمثلة في زيادة حصتها الســوقية في المجال الجراحي)، فيجب دراســة كلّ مــن التأثيرات المقصودة وغير المقصــودة والناتجة عن تحقيق هذا الهدف. وســتتضمن التأثيرات المقصودة: زيادة العمليات الجراحية للمرضى الخارجيين (وهو ما يحســن من الحصة السوقية)، وزيادة الإيرادات من العمليات الجراحية، واجتذاب بعض المرضى التابعين للمستشفى المنافســة، وإتاحة موقع إضافي لكي يعمل فيــه الأطباء التابعون لفريق العمل، وكذلك إيجاد مكان في منطقة «العدو».

ومن ناحية أخرى، فإن التأثيرات غير المقصودة والمحتملة يمكن أن تتضمن: تحويل منافس سلبي إلى إيجابي، وإغضاب أعضاء الفريق الطبي التابع للمستشفى المنافسة، إبعاد المرضى عن المنشآت الجراحية القائمة وفي ذات الوقت عدم اجتذاب أي مرضى جــدد، وهكذا. وغالبــاً ما يتم التفكير فــي الجوانب الإيجابيــة للموقف بمعزل عن العواقب السلبية التي يمكن أن تنتج عن هذه الإجراءات.

تحديد الإجراءات:

إن تحديــد الإجراءات الواجب اتخاذها يمثل خطــوة مهمة في هذه العملية. فمن المتعــين بعــد تحديد ما ينبغي عملــه أن يتم إيضاح كيفية القيام بــه. لذا يجب وضع مجموعــة من الإجــراءات لكل من الأهداف التي تم تحديدهــا. كما أنه يتعين القيام بعدة إجراءات في كل حالة لكي يتم الوصول إلى الهدف. وتتخذ هذه الإجراءات نطاقاً عريضاً من الأشكال، ابتداءً من التأكد على أن رسوم الإرسال متاحة لكي يدعم مبادرة البريد المباشر من أجل تطوير شراكة إستراتيجية كوسيلة للوصول إلى الهدف.

فــإذا كان الهــدف الذي يســعى وراءه مكان عمــل متخصص يتمثــل في توظيف واســتخدام طبيب رياضي جديد في غضون ســنة، فيتعين القيام بعدد من الإجراءات ومنها: تحديد شركة التوظيف، وتخصيص الأموال الخاصة بتكاليف التوظيف، وإعداد لجنة للانتقاء الداخلي، وتحديد شروط المرتبات، وتحديد موقع للمقر الجديد، وتزويد المكتب الجديد بالأثاث، الخ. وتنطوي العديد من هذه الإجراءات على تسلســل معين

وهذه هي المرحلة التي يمكن تنقية خطة المشروع الأصلية فيها من أجل تحديد تسلسل خطوات العمل.

تنفيذ الخطة:

إن وجــود خطة تنفيذ أمرٌ ضروري لتحويــل التوصيات إلى إجراءات. تقوم عملية التخطيــط بإيجاد خارطة طريق ينبغي على المنظمة أن تتبعها لكي تصل إلى ما تصبو إليه. إلا أن هذه العملية تتعرض للفشــل عادةً في مرحلة التنفيذ. تعكس حقيقة أن «الخطــة النهائيــة ما تزال على الرف» في العادة فشــلاً في التنفيــذ وليس أي عيب في الخطة نفســها. إن الانتقال من التخطيط إلى التنفيذ ينطوي على تســليم فريق التخطيط المهمة إلى فريق الإدارة. ويتعين تنفيذ الخطة على عدة مســتويات مختلفة ومن جانب أقســام مختلفة داخل المنظمة. من المتوقع أن تتطلب خطة التنفيذ تغييراً كبيــراً في عدة جوانب مــن المنظمة، بما في ذلك عمليــات الإدارة وأنظمة المعلومات والثقافة المؤسسية.

خطوات التنفيذ:

يجب إنشــاء خطة مشــروع مفصلة ومصفوفة تنفيذ لكي يتــم التعامل مع عملية تنفيــذ الخطة بصورة منظمة. وكمــا تم وصف خطة التنفيذ في الفصل الخامس من هــذا الكتاب، فإنها تصور العملية المنطقية التي يتعين إتباعها من أجل تحقيق أهداف الخطة الإستراتيجية. كما يصبح وجود خطة تنفيذ مدروسة جيداً أمراً ضرورياً نظراً لحقيقة أن العملية تتحول الآن من فريق التخطيط إلى المديرين بالمنظمة. وأيضاً فإن الحاجة إلى التنســيق بين مختلف الوحدات داخل المنظمة تتطلب القيام بنهج مفصل مع عملية التنفيذ.

يمكن إنشــاء مصفوفة تنفيذ ويتم فيها تحديد الأشــخاص ومهامهم وأوقات القيام بتلك المهام. كما ينبغي أن تدرج المصفوفة كل إجراء تتطلبه الخطة، وأن تقسم كل إجراء إلــى عــدة مهام إذا أمكن. كما ينبغي تحديد الطرف المســئول عن كل إجراء أو مهمة. ويجــب أن توضح المصفوفة متطلبات المصادر (من حيث وقــت طاقم العمل، والأموال والمتطلبات الأخرى). ويتعين تحديد مواعيد البدء والانتهاء من النشاط. ويتعين إيضاح الشروط المسبقة الخاصة بتحقيق هذه المهمة في البداية (ودمجها في خطة المشروع). وأخيــراً، يجب تعيين المراحل المهمة التي تســمح لفريق التخطيط بتحديد وقت اكتمال النشاط). (انظر الفصل السادس لمعرفة مثال عن مصفوفة التنفيذ).

متطلبات التنفيذ:

يجب تجميع متطلبات الموارد في مصفوفة التنفيذ وذلك لتحديد إجمالي متطلبات موارد المشروع. وهناك عدد من العوامل التي يجب على غالبية الخطط الإستراتيجية أن تضعها في الاعتبار، ومنها تحديد مقدار الاستثمار الرأسمالي الضروري لدعم عملية التنفيذ. وبالمثل، وأثناء فترة البدء وما يليها من فترات عمل يجب تحديد مقدار التمويلات التشغيلية المطلوبة. ويجب أن توضح خطة التنفيذ أية منشآت يمكن أن تكون ضرورية مع أي احتياجات لمعدات. بالإضافة إلى هذا، يجب تحديد متطلبات الموارد البشرية الخاصة بالمبادرة. ويشير هذا إلى كل من متطلبات طاقم العمل الداخليين الحاليين والمتطلبات الأخرى. أما متطلبات نظام المعلومات فيجب تحديدها وتنسيق تطورها مع مبادرات إدارة المعلومات الأخرى. كما سيتعين تحديد أية تغيرات في الحوكمة أو الإدارة، بالإضافة إلى احتياجات التسويق المتوقعة.

وعندما تكون العملية قد اكتملت، فإن إجمالي متطلبات الموارد الخاصة بالمشروع ستكون قد تم تحديدها لأول مرة. وهذه هي النقطة التي تتضح فيها الأعباء التي يجب أن تتحملها مختلف الوحدات بالمنظمات. وقد يتعين التعامل مع مدى المتطلبات فيما يتعلق بالأموال المتاحة وأي قيود مالية أخرى.

وسائل التنفيذ:

إن الوسائل المستخدمة في تنفيذ الخطة ستتضمن عدة إدارات ووحدات. كما يتعين دراسة تأثير المشروع عليها في هذه المرحلة. أما العمليات التي ستتعدى الحدود بين الإدارات فمن المتوقع أن تثير جدلاً كما يُتوقع أن تواجه مقاومة مثلها مثل أي نوع من التغيير.

يمكن الاستفادة من كل من وسائل التنفيذ المباشرة وكذلك غير المباشرة. وقد تم التعامل مع وسائل التنفيذ المباشرة إلى مدىً معين من خلال تطوير مصفوفة التنفيذ وتحديد متطلبات الموارد. أما الوسائل غير المباشرة فيمكن أن تتضمن القيام بتغييرات في المنشآت المادية، وتعديل طبيعة الاتصال داخل المنظمة، أو اتخاذ إجراءات رمزية والتي يمكن اتخاذها لتقديم الدعم النفسي لقابلية تشغيل الخطة.

في كثير من الحالات، يتعين تعديل الثقافة المؤسسية وذلك من أجل تنفيذ الخطة بنجاح. أما إن لم تكن هناك بالفعل عقلية تخطيط داخل المنظمة، فيتعين دمجها في تلك الثقافة. وإذا كانت الثقافة التنظيمية تركز على استقلالية الوحدات التنظيمية،

فقد يتعين استحداث طريقة جديدة للتفكير من أجل تنفيذ الخطة الإستراتيجية عبر الحدود بين الوحدات التنظيمية.

تقييم فعالية التخطيط:

يجب أن يشـمل التقييم مراقبة متواصلة لعملية التخطيط الإسـتراتيجي، بما في ذلك المعايير أو النقاط الأساسـية للتقييم أو هما معاً. وهذا الأمر سـيتطلب إيضاح للأهداف المحددة والأهداف العامة الخاصة بالمبادرة. وكما قلنا في الفصل الخامس، فإن تقييم العملية يجب أن يعالج المسـائل الخاصة بالتخطيط والتنفيذ، ومدى تحقيق هذه الأهداف، وتأثير العملية على المشاركين والتأثير على مكونات المنظمة.

يجـب أن تشـمل عملية التخطيط على وسـائل تقييـم نجاح مبـادرة التخطيط الإسـتراتيجي. وهذا أمرٌ مهم لأولئك المشـاركين في العملية وكذلك لأي أطراف قد تقوم بتقييم ما تحتويه مبادرة التخطيط من قيمة. فعلى سبيل المثال، سترغب الجهات التي تقدم المنح والتمويلات عادةً في معرفة عدد الأشـخاص الذين تم الوصول إليهم وخدمتهم من جانب المبادرة، وكذلك ما إذا كان للمبادرة التأثير المقصود على مسـتوى المجتمع. وقد ترغب المجموعات المجتمعية على مسـتوى المجتمع في اسـتخدام نتائج التقييم في إرشـادهم عند اتخاذ القـرارات الخاصة ببرامجهم وكذلك تحديد الطرق التـي يجب أن يبذلوا فيها جهدهم. أما على مسـتوى المنظمة، فيحتاج صانعو القرار إلى تحديد فعالية الجهود وذلك من أجل عمل تعديلات أثناء العملية. إن الأفراد داخل المنظمة لهم الحق فـي معرفة مدى فعالية مبادرة التخطيط وذلك من أجل تحديد ما إذا كانت جهودهم الخاصة بدعم هذه المبادرة لها ما يبررها.

وتركز أساليب التقييم على نوعين من التحليل: تحليل العملية (أو التكويني) وتحليل النتائج (التراكمي). ويقوم النوع الأول بتقييم الأنظمة والإجراءات وعمليات التواصل، إلى جانب العوامل الأخرى التي تسهم في التشغيل الكفء للبرنامج. أما تقييم النتائج فيركز بشـكل أكبر على النتائج النهائية أو ما يتـم تحقيقه في النهاية. كما أن تقييم العملية يقيس بشكل أساسي الكفاءة بينما يقيس تقييم النتائج مدى الفعالية.

يعد تجميع البيانات والمقارنة المعيارية في غاية الأهمية بالنسبة لقياس مدى التقدم وتحديد مقدار الفوائد المتحصلة من جانب المجتمع أو المنظمة. كما أن توثيق العملية الخاصـة بالتغير المجتمعي أو التنظيمي تمثل مهمة متواصلة يجب أن تحدث بشـكل منتظم. (انظر مربع ٢-٨ لمناقشة تقييم الخطة في إعداد مكان عمل الأطباء).

الخطة الإستراتيجية: هدف متحرك:

في حين أنه من السهل تكوين مفهوم حول عملية التخطيط الإستراتيجي باعتبارها نشاطاً مستقلاً بذاته له بداية ونهاية، إلا أن هذا لا يعد واقعياً في معظم الاتجاهات، وخاصة في بيئة الرعاية الصحية الحالية. لا يجب اعتبار التخطيط نشاطاً منفصلاً في أية حالة، ولكن يتعين دمجه مع الوظائف الأخرى التي تخص المنظمة. إن التخطيط الإستراتيجي على وجه الخصوص، مع تأكيده على البيئة الخارجية، يجب أن يتضمن عملية تكون مرتبطة بكيفية عمل منظمة الرعاية الصحية. وبدلاً من أن تكون الخطة بمثابة غاية في حد ذاتها، يجب أن تكون بمثابة نقطة الانطلاق لما يليها من أنشطة تخطيط.

كما تمثل الخطة الإستراتيجية هدفاً متحركاً نتيجة تذبذب بيئة الرعاية الصحية. كانت منظمات الرعاية الصحية فيما مضى يمكنها التقاط أنفاسها بين كل تطوير مهم في مجال الرعاية الصحية وبين الذي يليه. فعلى سبيل المثال، كان من الممكن أن يحقق برنامج الرعاية الطبية «ميديكير» تغيراً مهماً في ممارسات السداد في البرنامج إلا أنه لم يحدث أي تغيير في هذا الصدد لمدة عامين تاليين. أما في وقتنا الحاضر، تحدث التغيرات الهائلة بشكل سريع وعنيف. ولهذا السبب، فمن المتوقع تعديل الخطة الإستراتيجية حتى قبل أن تكتمل. إن التطورات المتعلقة بالسداد، والتكنولوجيا وعلاقات المزودين والرعاية المدارة يمكن أن تحدث بين عشية وضحاها تقريباً. أما عملية التخطيط فيجب أن تتميز بالمرونة الكافية لكي تضع في الاعتبار التطورات المتسارعة داخل البيئة.

مربع ٢-٨

تقييم فعالية التخطيط الإستراتيجي

نموذج المجموعة الطبية

إن التحديات التي تواجه الممارسة الطبية التي لم تكن بهذه الضخامة كما هو الأمر في وقتنا الحالي. إذ تتزايد صعوبة إدارة مكان عمل الطبيب وتستدعي الآن وجود مجموعة من المهارات التي تتعدى تلك التي تكون متاحة عادةً لأي شخص آخر. وبعيداً عن ضغوطات العمليات اليومية، فإن الأطباء والإداريين الذين يديرون أعمالهم يواجهون وبشكل متزايد بعض الأسئلة مثل: ما الوضع الذي سيكون عليه مكان العمل غداً، أو الشهر المقبل، أو بنهاية العام؟ ما الأشياء التي يجب

علـى مكان العمل أن يقـوم به للتكيف مع أنماط السـداد المتغيـرة؟ ما تأثيرات الديموغرافيات المتغيرة داخل منطقة السوق؟

وفي ضوء هذه الأنماط من الأسـئلة، هناك من ناحية ضغوط لصياغة خطة طويلة الأجل لمكان الممارسة، ومن ناحية أخرى هناك ما يقلق تجاه المستقبل القريب. هذه قضايا متصلة ببعضها من حيث إن المسـتقبل القريب يؤثر على الخطة الخمسية. هذا ولأن عملية التخطيط تساعد المجموعة على تعريف نفسها، فإنها تدفع الأعضاء داخل المجموعة إلى أن يؤمنوا بالخطة ويدعموها، بل والأهم من ذلك فإنها تسـمح للمجموعة بالتركيز على العملية من أجل تخصيص مواردها.

يجـب على جهة الممارسـة قبل أن تتمكـن من تطوير خطة مـا أن تتفهم القضايا الداخليـة وكذلك الخارجيـة التي تواجهها المجموعة. فعلى سـبيل المثال، ما هي نظرة العالم إلى هذه المجموعة؟ ما هي نقاط القوة والضعف في الممارسـة الطبية ومـا هي الفرص المتاحة أمامهـا أو التهديدات التي تواجهها؟ ينبغي أن يتوافر في الممارسـة الطبية من خلال التخطيط القدرة على التغلب على العقبات مع الحفاظ على الزخم إلى الأمام تجاه هدف معترف به.

مـن القضايا قصيرة الأجل التـي تواجه الأطباء والإداريين لدى جهات الممارسـة الطبية في وقتنا الحاضر ما يلي:

- الفعالية والكفاءة التشغيلية لجهة الممارسة التي يتبعونها
- مستويات الارتياح لدى المرضى وأطباء الإحالة
- مدى استجابة المنظمة للمرضى
- عمليات تحصيل فواتير وحسابات مدينة فعالة
- مراقبة النتائج السريرية
- إذعان وتدقيق الحسابات
- إدارة التسويق

إن التحـدي الذي يواجه الأطباء والمديرون في وقتنا الحالي يتمثل في معالجة هذه القضايا المتباينة من خلال وجود خطة متماسـكة تناسب المجموعة وكذلك المرضى والعاملـون التابعون لهـا إلى جانب الكيانات الأخرى التـي يصعب حصرها والتي تتفاعـل يومياً مع المجموعة. يتضمن هذا الأمر التنسـيق بـين العمليات الداخلية (مثل تدفق المرضى) مع العمليات الخارجية (مثل مبادرات التسويق).

يجب أن تركز الخطة الإستراتيجية التي تطورها جهة الممارسة الطبية على تلبية احتياجات عملائها، بشكل يفوق أية منظمات رعاية صحية أخرى. وهناك بعض المؤشرات المهمة للنجاح والتي يشترك فيها المجموعات الطبية ذات الأداء الأفضل. ويتم في هذه المجموعات الطبية تحليل عملية تدفق المرضى ابتداءً من الوقت الذي يقوم فيه المريض بإجراء أول اتصال هاتفي لتحديد موعد الكشف وحتى آخر ورقة يتم إدراجها في السجل الطبي الخاص بالمريض. ويُعتبر ارتياح المرضى تجاه سير الأمور عنصراً مهماً في نموذج النجاح المستمد من هذا التحليل.

تفكر المجموعة الطبية عادةً من حيث تصميم أنظمة تزيد من كفاءة العمليات الداخلية من خلال إزالة الأجزاء غير الضرورية. إن مسألة التدفق «الداخلي» تتعلق بالتوقعات «الخارجية» من جانب المريض. أما في جهات الممارسة الأفضل أداءً، فيكون لرضا المريض نفس وزن النجاح المالي. وبالإضافة إلى عمليات إدارة المرضى التي تم زيادة كفاءتها، فإن العوامل الأخرى التي تعد ضرورية لتحقيق رضا المريض تشمل: عدد ساعات العمل، ونطاق الخدمات التي تقدمها المجموعة، وجودة الرعاية المقدمة من جانب الأطباء وطاقم العمل، وجودة التواصل بين الأطباء وطاقم العمل من جهة والمرضى من الجهة الأخرى، وكذلك جودة التواصل بين الطبيب ومصدر الإحالة وشركة التأمين، وجودة التوعية التي تقدمها المجموعة للمرضى.

إن الدرس الذي يجب تعلمه من «أفضل الممارسات» هذه هو أنه لكي تتمكن جهات الممارسة من البقاء والتطور سريعاً فعليها أن تعد هيكلة الممارسة لكي تلبي أو حتى تفوق احتياجات المرضى. إن الخطة الإستراتيجية هي التي تحدد «التدخلات» المطلوبة لإنشاء نظام يلبي احتياجات عملاء جهات الممارسة. وبمجرد القيام بهذه التدخلات يجب إتاحة الأدوات الخاصة بتقييم فعاليتها.

كما يجب أن تقيس عملية تقييم أداء الممارسة مدى فعالية التواصل بين المريض والطبيب وطاقم الدعم، كما يجب أن تقيم ما إذا كانت الرعاية المقدمة من الطبيب وطاقم العمل قد لبت احتياجات المريض وأن تقيم كذلك مستوى استجابة المجموعة ككل لاحتياجاته. إن أكثر الطرق المباشرة لتقييم فعالية الخطة الإستراتيجية التابعة لجهة الممارسة تكون من خلال نظام المقارنة المعيارية. وهذا الأمر يتضمن تقييم أداء جهة الممارسة على نحو شهري أو ربع سنوي أو نصف سنوي وبذلك يتم تطوير خطط عمل لتحسين الأداء. إن كافة الفرق الطبية تكون دائماً في حالة حركة ديناميكية، لذا ينبغي على جهات الممارسة أن تقيم موقفها وتعدل عملياتها لكي تصبح أكثر استجابة لبيئتنا الداخلية والخارجية بشكل يومي.

ويمكن بسهولة تعريف المعيار بأنه مقياس للأداء التشغيلي، كما أنه يعد مؤشراً للقوة أو الضعف النسبيين للمنظمة على مستوى قسم ما أو حساب التكاليف. وتتضمن المعايير المعتادة بعض العناصر كالتالي: عدد الأيام في الحسابات المدينة، ونسبة صافي تحصيل رسم / خدمة الرسوم الطبية مقابل الخدمة، ومرات إحالة المرضى الجدد، ونسبة النفقات، وكذلك نسبة العاملين من غير الأطباء للمتفرغين للعمل إلى الأطباء المتفرغين للعمل. إن الطريقة الوحيدة لتقييم أداء الممارسة تكون من خلال مقارنته مع بعض المعايير أو المقاييس.

قد يكون من الممتع أن يتم مقارنة الخبرات بمثيلاتها الخاصة بالدكتور فلان الذي يعمل في تخصص طبي مختلف مع عدد متنوع من الأطباء الذين يعملون في ذات المنشأة الخاصة به، إلا أن مثل هذه المقارنات تكون محدودة القيمة. فيجب على جهة الممارسة أن تقارن بين عملياتها بمجموعات الأطباء في نفس التخصص الطبي والتي تكون ذات حجم يمكن مقارنتها. وبعد ذلك يمكننا فقط قياس الأداء بشكل ذي معنى عند ٢٥ أو ٥٠ أو ٧٥ أو ٩٠ بالمائة. وبمجرد القيام بهذه المقارنة، يمكن عندئذ بيان أنه من الناحية الكمية تقع الممارسة عند نقطة أو كمية متصلة معينة وتحتل مكانة في المقياس المحدد من مجمل الأداء ككل. ويمكن اعتبار هذا بطاقة تقرير شهري.

ويتعين اعتبار المعايير بمثابة إرشادات فقط، لذا يتعين تطوير المعايير الفعلية المستخدمة في جهة ممارسة وذلك بناءً على حجم الممارسة وموقع جهة الممارسة والتخصص. يجب أن يتصف أي معيار يُستخدم في قياس فعالية ممارساتك بما يلي:

- إمكانية فهمه بوضوح من جانب طاقم العمل والأطباء الممارسين
- الاتفاق عليه من جانب المجموعة والأطباء والعاملين
- إمكانية تتبعه باستخدام البيانات الناتجة عن الأنظمة لدى جهات الممارسة
- تقديمه لنتائج يمكن إيصالها إلى المشاركين
- كونه سبباً للاحتفال ومنح الجوائز عند تحقيق الأهداف

سيقوم نظام المقارنة المعيارية بإنشاء بيانات قاعدية يمكن عرضها على المجموعة للمساعدة في مجمل جهود التخطيط التي تبذلها. وبذلك لن يكون هناك أي شكوك حول مدى فعالية هذه التدخلات التي تستدعيها الخطة الإستراتيجية إذا توافرت المعايير الواضحة والتي يمكن مقارنتها بالقياس.

مما هو لا شك فيه أن كافة الأنشطة المشروحة أعلاه تتطلب إمكانية الوصول إلى البيانات الضرورية، كما أن هناك خاصية أخرى لأفضل الفرق الطبية وهي أن لديهم عمليات ومعلومات كافية مطبقة. إذاً يمكن القول بأن جودة البيانات تؤدي إلى اتخاذ قرارات أفضل.

ويمكن أيضاً استخدام تقارير الإنتاجية الداخلية وبيانات الدراسات المسحية المعيارية في إيجاد تغذية راجعة ذات معنى بالنسبة للأطباء فيما يتعلق بمستوى إنتاجيتهم. ويمكن أن يصحب كل طبيب «شريك إداري» كأن يكون قائد فريق التمريض أو مدير قسم لمراجعة التقارير الشهرية. ونتيجةً لهذا، يمكن للأطباء الممارسين أن يظلوا على اطلاع بأدائهم وتأثيره على القسم أو موقع عيادة محددة أو مجموعة الممارسة ككل.

وفي النهاية، يمكن القول بأن الإنتاجية تتوقف على قدرة جهة الممارسة على تنسيق نطاق العمليات الداخلية مع الاعتبارات الخارجية. أما جهة الممارسة التي تفشل في أن تربط بين هذين «الوجهين من العملة» فلن يكن لها ميزات في بيئة الرعاية الصحية التنافسية. إن امتلاك خطة مطبقة تم إعدادها بشكل جيد - إلى جانب القدرة على تقييم مدى فعاليتها - أمرٌ ضروري لمواصلة تواجد أي فريق طبي.

المصدر:

- David K. Rea, M.PA., F.A.C.M.P.E, Rea & Associates, Memphis, Tennessee.

هناك عاملٌ أخيرٌ يجب دراسته وهو ديناميكيات عملية التخطيط نفسها. فبينما يقوم فريق التخطيط بأنشطته، فسيكون على اتصال دائم بالمكونات المتنوعة بالمنظمة. سينطوي هذا التفاعل على تبادل المعلومات واستجداء الأفكار ووضع الإستراتيجيات المحتملة. ولأن القيمة تتمثل في عملية التخطيط وليس في الخطة نفسها، فإنه ليس من غير المعتاد أن يتم تنفيذ العديد من التوصيات النهائية الخاصة بالخطة قبل الانتهاء من الخطة. إن الأفكار والمقترحات التي يتم تقديمها، إلى جانب التغيرات المقترحة في الجوانب التشغيلية يتم عادةً تبنيها من جانب الأطراف المتنوعة داخل المنظمة بشكل أسرع من الآخرين. وفي واقع الأمر، من المتوقع أن يتم تكوين القليل من الأفكار الأصلية خلال عملية التخطيط الإستراتيجي، ويكون معظمها قد تم التفكير

فيه من جانب الأفراد لدى المنظمة. إن الخطة تعطي القوة الدافعة للتحرك وفق بعض من هذه الأفكار، وكذلك التحقق من قيمتها والسماح بالمضي قدماً.

ويمكن تعديل الخطة عدة مرات قبل أن يتم الانتهاء منها. وفي واقع الأمر، قد يكون من الأفضل ألا تكتمل أبداً. فإن تم تكوين الخطة بالشكل المناسب، فيجب أن يكون كلٌ من العملية والخطة قادرتين على التكيف مع التغيرات التي تحدث خلال عملية التخطيط. ومن هذا المنطلق، تعلم الخطة المنظمة كيف تسبح بدلاً من أن تقوم بإلقاء طوق نجاه إليها.

مصادر إضافية:

- Bryson, John M. (1995). Creating and Implementing Your Strategic Plan: A Workbook for Public and Nonprofit Organizations. San Francisco: Jossey-Bass.
- Cunningham, T. (1998). "Healthcare Strategic Planning: Approaches for the 21st Century," Journal of Healthcare Management, 43 (4): 378ff.
- Goodstein, L.D., Nolan, T.M., and J.W. Pfeiffer (1992). Applied Strategic Planning: A Comprehensive Guide. San Diego: Pfieffer and Company.
- Henley, R. (1999). "Plan for Lasting Success," Healthcare Financial Management, 53 (10): 14ff. Mintzberg, Henry (1994). The Rise and Fall of Strategic Planning. New York: The Free Press. Rovinsky, M. (2002). "Physician Input: A Critical Strategic Planning Tool," Healthcare Financial Management, 56 (1): 36–38.
- Sheldon, Alan, and Susan Windham (2002). Competitive Strategy for Health Care Organizations. Frederick, MD: The Beard Group.
- Zuckerman, Alan (1998). Healthcare Strategic Planning. Chicago: Health Administration Press.

الفصل التاسع
التخطيط التسويقي

مقدمة:

يعد التخطيط التسويقي في مجال الرعاية الصحية وظيفة حديثة نسبياً، في حين أنــه أصبح أمراً معروفاً ومتأصلاً في المجالات الأخرى. ولم ينشــغل مقدمو الرعاية الصحية عادةً في أنشطة التسويق الرسمية حتى فترة الثمانينيات من القرن العشرين، وبذلك لم يشــعروا بالحاجة إلى وجود خطط تســويقية. وبينما كان لبعض قطاعات الصناعــة الصحيــة كالتأمين والأدوية والإمــدادات الطبية باعٌ طويــل في التخطيط التســويقي، إلا أن المنظمات المعنية برعاية المرضى حديثة العهد بالأنشطة التسويقية. فقــد كان وجود المنافســة خلال فترة الثمانينيات، وربما أكثــر من أي عامل آخر، هو الدافع للحاجة إلى الاقتراب بشكل منهجي من سوق الخدمات الصحية. أما الآن، فإن بيئــة الرعاية الصحية المعاصرة تتطلب أن يكون لدى جميع منظمات الرعاية الصحية خططاً تسويقية.

يمكن تعريف التخطيط التســويقي وببساطة بأنه: تطوير عملية منهجية من أجل الترويج لمنظمة أو خدمة أو منتج ما. إلا أن هذا التعريف الصريح يخفي التنوع الواسع في تعريفات التســويق والتعقيد المحتمل الذي تتســم به عملية التخطيط التسويقي. ويمكن أن يقتصر التخطيط التســويقي على مشروع ترويجي قصير المدى أو أن يشكل مكوناً لخطة إســتراتيجية طويلة المــدى. كما يمكن أن يركز بدلاً من ذلك على إحدى المنتجات أو الخدمات أو البرنامج أو المنظمات.

طبيعة التخطيط التسويقي:

تشــترك الخطط التســويقية في العديد من خصائص الأنواع الأخرى من الخطط التي تناولناها في هذا الكتاب. وفي الوقت نفســه، يمكن تمييز التخطيط التسويقي عن أنواع التخطيط الأخرى من عدة أبعاد. فمن بين جميع أنواع التخطيط التي تمت مناقشــتها نجد أن التخطيط التســويقي هو الأكثر ارتباطاً بشكل مباشر بالعميل، في حين أن أنواعاً أخرى من الخطط قد تشير إلى «المرضى» أو «العملاء» أو «المستهلكين» فإن الخطط التســويقية ليس لها سوى هدف واحد من حيث التركيز على الزبون. إن

التركيـــز على «الترويج» في التعريف أعلاه يفتـــرض القيام بترويج المنظمة أو الخدمة إلى شخص ما. وسواءً كان هذا الزبون هو المريض أو طبيب الإحالة أو صاحب العمل أو الخطـــة الصحية أو أي عدد مـــن الاحتمالات الأخرى، فإن الخطة التســـويقية تم تطويرها استجابة لاحتياجات الفرد.

وبســـبب تركيزها على الزبون، يمكن أن تكون الخطة التســـويقية هي أكثر الخطط توجهاً إلى الخارج. وعلى الرغم من أن هناك قلقاً بشأن العوامل الداخلية (ويمكن أن يشكل «التسويق الداخلي» مكوناً للعديد من الخطط التسويقية)، فإن الخطة التسويقية تركـــز على خصائص الســـوق الخارجي وذلك بهدف إحـــداث التغيير في إحدى هذه الخصائص أو العديد منها.

يحصـــل المخطط التســـويقي في البدايـــة على الكثير من المعلومـــات المماثلة حول الخصائص الداخلية للمنظمة والتي يمكن القيام بها من أجل التخطيط الإستراتيجي مثلاً. وفي الوقت نفســـه، فإن المخطِط يحتاج إلى معلومـــات تفوق تلك التي تتطلبها ســـيناريوهات التخطيط الأخرى. ومِن الأشياء الواجب توفرها أيضاً فهم أكثر تعمقاً للمنتجـــات والخدمات الخاصـــة بالمنظمة وكذلك الطريقة التي يتـــم فيها التعامل مع العملاء. وســـتكون هناك حاجة إلى معلومات تفصيلة حول أنشطة التسويق القائمة. وستكون هناك حاجة إلى المعلومات نفسها حول المنافسين في منطقة السوق.

يكون التخطيط التســـويقي في كثير من الأحيان، ولكن ليس دائماً، له مدىً أقصر من أنواع التخطيط الأخرى. ففي العديد من الحالات، تكون النتائج المرغوب فيها في التخطيط التسويقي فورية بشكل أكثر. كما أن هناك القليل من الخطط الإستراتيجية التي يُتوقع منها أن تحقق أهدافها في غضون أشهر، إلا أن خطة التسويق المركزة يمكن أن تشـــتمل على التوقع بتحقيق الأهداف (مثل الوعي تجاه خدمة جديدة) في غضون ستة أشهر أو أقل من ذلك.

يعكـــس الإطار الزمني الأقصـــر حقيقة أن التخطيط التســـويقي أكثر تحديداً عادةً مـــن حيث تركيزها بالمقارنة بأنواع التخطيط الأخرى. وفي حقيقة الأمر، تكون الخطة التســـويقية في كثير مـــن الأحيان بمثابة مكـــون ثانوي للخطة الإســـتراتيجية أو خطة الأعمال. وعلى الرغم من أن الخطط التسويقية التي تساعد على تغيير صورة المنظمة تكون واضحة بشـــكل يمكن تفهمه، فإن العديد من مبادرات التســـويق تنطوي على منتج معين أو خدمة معينة. وبهذا تكون مركزة بشكل كبير ومحددة نسبياً من حيث نطاقها.

هناك فارقٌ أخير ومهم يتعلق بالطريقة التي يتم بها تقييم النتائج. فبينما يتم تقييم الخطط الإستراتيجية بناءً على مدى نجاحها في جعل المنظمة ذات مكانة داخل بيئتها، فإن الهدف من وراء غالبية الخطط التسويقية يتمثل في إحداث تغيير في معرفة المستهلك وسلوكه. ولهذا من المرجح أن تقوم عملية التقييم بقياس التغيرات في وعي المستهلك ومواقفه، أو بشكل أكثر واقعية، من خلال مراقبة التغيرات في الكميات أو المبيعات أو العوائد أو الحصة السوقية.

على الرغم من أنه يُنظر في كثير من الأحيان إلى التخطيط التسويقي باعتباره نشاطاً مستقلاً بذاته، إلا إنه ينبغي أن يتفق مع سياق المبادرات الإستراتيجية الكلية للمنظمة. ولهذا، يجب أن تتفق أهداف الخطة التسويقية مع تلك المحددة في الخطة الإستراتيجية. ويجب أن تكون الخطة التسويقية عنصراً متأصلاً في أي خطة أعمال رسمية كذلك. وحتى إذا تواجدت علاقات قائمة مع العملاء تجاه منتج ما، فستكون هناك حاجة إلى وجود خطة تسويقية. وقد تزداد أهمية الخطة إذا كان الهدف هو اجتذاب عملاء جدد أو طرح خدمات جديدة. وفي واقع الأمر، ليس من المتوقع أن يعطي المستثمرون المحتملون عند قيامهم باستعراض خطة أعمال قدراً كبيراً من المصداقية لمقترح الأعمال في غياب خطة تسويقية.

لا يكون التخطيط التسويقي عادةً أحد مكونات التخطيط على نطاق المجتمع، على الرغم من أنه من غير المناسب القول بإقصائه كلياً عن التخطيط على مستوى المجتمع. وفي الحقيقة، كانت هناك قناعة متزايدة بأن العديد من الأهداف الخاصة بمنظمات القطاع العام والتي تعمل داخل المجتمع لا يمكن تحقيقها دون الاستفادة من خطة تسويقية يتم إعدادها بشكل جيد، كما أن مقولة «التسويق الاجتماعي» يزداد قبولها من جانب منظمات الرعاية الصحية التي لا تهدف للربح. إن القول باحتياج كل فرد إلى التسويق قد ثبتت صحتها من خلال ظهور عدة كتب حول أساليب التسويق والتي يتم نشرها من أجل المنظمات التي لا تسعى للربح. (انظر مربع (٩-١) الذي يشمل مناقشة للتسويق الاجتماعي).

إن التخطيط التسويقي من أنشطة التخطيط القليلة التي يمكن أن يكون لها قسم خاص بها داخل المنظمة. إذ إن هناك العديد من كبرى منظمات الرعاية الصحية التي بها أقسام تسويق والتي تمثل الأساس لتطوير خطط التسويق. ومن ناحية أخرى، يميل التخطيط الإستراتيجي إلى أن يكون على نطاق المنظمة بشكل أكبر وعادةً لا يكون لها قسم داخل المنظمة. تميل أنشطة تخطيط الأعمال إلى الحدوث في جميع المنظمة ولا

تكون مقيدة بأي قسم. ولهذا، فليس من غير المعتاد لمنظمة رعاية صحية كبيرة أن يكون بها خبرات عريضة مرتبطة بالتخطيط التسويقي أكثر من أي نوع آخر من التسويق.

تسويق المنظمة في مقابل تسويق الخدمة:

يركز التخطيط التسويقي إما على المنظمة أو على منتج أو خدمة تقدمها المنظمة؛ لذا فإنه في التسويق الذي يركز على المنظمة، يتمثل المقصد عادة في الترويج لصورة المنظمة الكلية. وقد يتضمن هذا زيادة الوعي أو تكوين صورة أكثر إيجابية أو إزالة نقاط سوء الإدراك أو الترويج بصفة عامة للمنظمة داخل المجتمع. وهكذا يكون هذا النوع من التسويق أكثر شمولية من حيث نهجه من التسويق الذي يركز على منتج أو خدمة ما.

إن الأهداف العامة والأهداف المحددة في تسويق المنظمة ستكون عريضة نوعاً ما، وكذلك سيكون الجمهور المستهدف. والمقصود من هذا هو إقناع الجميع أن هذه هي أفضل مستشفى أو أفضل مكان لتخصص طب القلب، أو أفضل خطة صحية. ولهذا، فمن المرجح أن يشابه النهج المستخدم التسويق الجماهيري التقليدي بصورة أكبر من التسويق المستهدف الذي أصبح منتشراً في السنوات القليلة الماضية. كما أنه من المتوقع أن يكون الإطار الزمني الخاص بالتخطيط التسويقي للمنظمة ككل طويلاً إلى حد ما بالمقارنة مع تسويق الخدمات، إذ إن التغيرات في الاتجاهات والإدراكات لا يمكن إحداثها بين عشية وضحاها.

مربع (٩-١)

التخطيط التسويقي من أجل التسويق الاجتماعي

يعد «التسويق الاجتماعي» أحد أشكال التسويق الذي يتم على نحو متكرر في سياق مجال الرعاية الصحية. قد يكون هناك عدة تعريفات مختلفة للتسويق الاجتماعي، فإنه يشير عادة إلى التسويق من جانب منظمة لا تسعى للربح - وعادةً ما تكون مؤسسة حكومية - وذلك بهدف الترويج لبرنامج ما المقصود منه إحداث أحد التغيرات المجتمعية. وفي أغلب الأحيان يقوم هذا النوع من التسويق بالترويج لقضية معينة وليس خدمة أو منتج ما. ويحاول هذا النوع من التسويق إلى إحداث تغيير مجتمعي من خلال التأثير في سلوك مجموعات من الأفراد. وفي الوقت نفسه فإنه يستهدف المجتمع بشكل أكبر من الأفراد. وفي هذا الصدد، يحاول هذا النوع من التسويق أن يؤثر في الرأي العام من أجل تحقيق فوائد للعامة.

وليس من قبيل المفاجأة أن تكون المنظمات التي تقوم بالتسويق الاجتماعي هي تلك المخولة بتحسين الظروف الصحية من خلال برامج موجهة للمجتمع ككل. وتشمل هــذه البرامــج إدارات الصحة العامة (كتلــك التي تروج لرعاية مــا قبل الولادة)، والمؤسسات الحكومية (كالتي تروج لاستخدام أحزمة الأمان بالسيارات) والجمعيات التطوعية (مثل حملات محاربة التدخين). وتستخدم هذه البرامج وسائل الإعلام من أجل الترويج لقضاياهم.

تنطوي عملية تطوير برنامج تســويقي اجتماعي على عملية التخطيط التســويقي نفسها التي تصاحب تسويق منتج أو خدمة ما. كما أن المخطط التسويقي سيدرس الاتجاهات المجتمعية التي تســهم في القضية التي يتم تناولها ويحدد العوامل التي تلعب دوراً في نشــوء الحالة وانتشــارها. لقد تم تطبيق هذا العنصر البحثي في حملة مكافحة انتشــار مرض الإيدز، على ســبيل المثال، من خلال تحديد انتشــار الفيروس المتسبب في مرض نقص المناعة المكتسب داخل السكان، إلى جانب تحديد مسبباتها وأفراد السكان المصابين بالفيروس وتحديد وسائل انتقاله. وبذلك تشكلت قاعدة من هذه المعلومات وأمكن اســتخدامها في تطوير برنامج تســويق اجتماعي بصفه وسيلةً لمعالجة عدوى مرض الإيدز.

وكمــا هو الأمر في أي عملية تخطيط، تمت صياغــة هدف، والذي تمثل في هذه الحالة في الحد من انتشــار مرض نقص المناعة المكتسب، وتضمنت الأهداف التي تم تحديدهــا من أجل دعم هذا الهدف فيما يلي: تخفيض عدد الحالات الجديدة خلال فترة زمنية معينة، زيادة الوعي بمخاطر مرض الإيدز بين الســكان المهددين بذلك المرض، تقديم المعلومات وموارد الإحالة إلى السكان المصابين وكذلك الآخرين المعرضين للإصابة، تشجيع التغيير السلوكي بين السكان المعرضين للإصابة بنسبة مرتفعة. كما تضمنت عملية التخطيط التسويقي على تحديد العوائق أمام تحقيق هــذه الأهــداف. وكان من بينها تلــك العوامل مثل الجهل بطبيعــة المرض وكيفية انتشــاره، والخوف من جانب الأشــخاص الذين يمكن أن يصابــوا به، والأعراض المميزة له.

استخدمت خطة التسويق الاجتماعي المعلومات في تكوين مبادرات تسويقية تهدف إلى تحقيق هذه الأهداف. وتمت صياغة رسالة معينة واختيار وسائل إعلام محددة من أجل إيصال الرســالة. واشــتملت الحملة على اســتخدام إعلانات الخدمات العامة على لوحات الإعلانات بالشوارع وكذلك عن طريق وسائل الإعلام المطبوعة

(مثـل الجرائد والمجلات) ووسـائل الإعـلام الإلكترونية (مثل المذيـاع والتلفاز). كما اشـتملت على برامج الوصول إلى المجتمع وذلك فـي المناطق التي يتركز فيها السـكان المعرضون للإصابة بنسـبة مرتفعة. وقد وفرت هـذه البرامج المعلومات إلى الأشـخاص المعرضين لخطر الإصابة وشجعتهم على تغيير سلوكياتهم من أجل التصدي لهذه العدوى.

كما اشملت مبادرات التسويق الاجتماعي على عنصر موجه للعامة، وقام هذا العنصر بالتعريف بعناصر المخاطرة المرتبطة بانتشـار مرض الإيدز، إلا أنه في الوقت نفسه حاول إزالة الغموض حول هذا المرض وإزالة نقاط سوء الفهم لدى العامة حول هذه الحالـة. وكان جزء من هـذه الحملة يهدف إلى التخلص من حالة الرفض المرتبطة بمرض الإيدز وتشجيع أفراد السكان المعرضين للإصابة بشكل كبير وكذلك الأفراد المصابين على أن يكونوا أكثر استعداداً لعرض أنفسهم للفحص والعلاج.

لم يكن التسويق الاجتماعي الأسلوب الوحيد المتبع في محاربة مرض الإيدز، فالجهود المبذولة من جانب مختلف المؤسسـات قد أسـهمت في تقليل العدوى داخل السكان المستهدفين. وقد أسهم التسويق الاجتماعي في الإدارة الناجحة لمرض الإيدز داخل السكان المستهدفين ابتداءً، حيث أظهروا تقبلاً لهذه الأنواع من مبادرات التسويق.

كان مرض نقص المناعة المكتسب قد انتشر بحلول القرن الواحد والعشرين، ليصل إلى سـكان جدد في الولايـات المتحدة الأمريكية. فلم يعـد المرض محصوراً بين الذكور البيض الشـواذ، حيث بدأ في الانتشار سـريعاً بين السكان الأمريكيين من أصول أفريقية أو أمريكا اللاتينية وكذلك بين السكان متبايني الجنس. قد لا يكون المصابـون الجدد أقل تقبلاً للتسـويق الاجتماعي من غيرهم ممن أصيب من قبل؛ لذا فإنه من المرجح أن تكون هناك حاجة إلى رسالة ووسائل إعلام مختلفة للتصدي لعدوى مرض الإيدز بين السكان الذين يصعب الوصول إليه.

وأخيراً، فإن طريقة تقييم النتائج بالنسـبة للتسـويق على نطـاق المنظمة تختلف كثيراً عما هو الأمر في التسـويق لخدمة معينـة أو منتج معين. وبالرغم من أن كمية المبيعات والإيرادات والأرباح ومؤشـرات الأهداف الأخرى قد يمكن اعتبارها مقاييس نتائج، فإن الاختبار الحقيقي يتمثل في مدى نجاح مبادرة التسويق في تحقيق اعتراف متزايد باسم المنظمة، أو وعي متزايد لدى المستهلكين بالبرامج التي تقدمها، أو إحراز

تصنيفات مرتفعة للمنظمة مقارنةً بمنافسيها و/أو زيادة مرات اختيار المستهلكين للمنظمة باعتبارها مقدم الخدمة المفضل لديهم.

إن عملية تسويق منتج أو خدمة ما لها خصائص مغايرة تماماً لذلك، إذ تعد صورة المنظمة مسألة ثانوية، وذلك لأن الهدف يتمثل في جعل العامة على دراية بمنتج أو خدمة محددة. أو كما هو الأمر بالنسبة لأحد الخدمات القائمة، فإن الهدف سيكون تمييزها عن خدمات المنافسين وجعلها مرغوبة أكثر من جانب المستهلكين. ولهذا فإن كلاً من الأهداف العامة والمحددة تعد أكثر تحديداً كما أنها ملموسة بدرجة أكبر. كما أن الجمهور المستهدف هو أيضاً أكثر تحديداً. ومن ثم فستكون عمليات الترويج الموجهة للعامة إهداراً للموارد ومن غير المرجح أن تحقق النتيجة المرجوة. فمركز الولادة على سبيل المثل لا يُرشح له أي شخص على الرغم من الاحتياج الكبير لرعاية حالات الولادة؛ ولذا فإنه كلما تخصصت الخدمة كان هناك حاجة لجعل التسويق عملية مستهدفة.

وبينما ينبغي أن تكون جميع أنشطة التخطيط مقيدة بالزمن، فإن الخطط التسويقية تكون عادةً مفرطة في هذا الشأن، إذ يتطلب الأمر دائماً تواريخ واضحة ودقيقة؛ لأن محتوى الحملات التسويقية حساسة للزمن. فقد يكون هناك بعض التباطؤ في المخطط الزمني لخطة إستراتيجية ما بالنسبة لهدف يتعلق بزيادة الحصة السوقية، ولكن وجود خطة تسويقية تهدف إلى تكوين وعي المستهلك قبل افتتاح عيادة جديدة لا يسمح بمزيد من هامش حدوث أخطاء.

يتم قياس النتائج المتحققة من تسويق خدمة ما عادةً من حيث المبيعات والإيرادات وكذلك الأرباح، غير أن هذا لا يعني أن زيادة الوعي وتفضيلات المستهلك والقياسات الأخرى الأكثر ذاتية ليست مهمة. وفي نهاية المطاف سيتم قياس خطة تسويق منتج أو خدمة ما وفق النتائج المحسوسة.

من الواضح أن أسلوب التخطيط التسويقي يتنوع وفق تركيز المشروع، إذ إن الكثير من الأمور تتوقف على ما إذا كانت الخطة سيتم إنشاؤها من أجل منظمة أو خدمة جديدتين أو من أجل منظمة أو خدمة قائمتين. ففي الحالة الأولى، سيكون المقصد من خطة التسويق هو إيجاد الوعي وإنشاء أعمال أولية إلى جانب تكوين قائمة من العملاء. ولهذا، فإن أساليب اجتذاب عملاء سيكون مختلفاً عن تلك المستخدمة في مرحلة لاحقة وتهدف إلى الحفاظ عليهم. ونظراً لضآلة ما يمكن معرفته حول الخصائص الفعلية للعملاء المستقبليين، تتم الاستفادة من مبادئ ترويجية عامة.

قد يكون المقصود بالنسبة لمنظمة أو خدمة قائمة هو تحسين صورة المنظمة أو تعزيزها. وعلى مستوىً أكثر واقعية، يمكن أن تتضمن الأهداف تغيير سلوك العملاء الحاليين مثل إقناعهم بالتحول إلى المنظمة أو الخدمة بدلاً من منظمة منافسة، أو تشجيعهم على استهلاك المزيد من الخدمات. ونظراً لوجود معلومات حول العملاء الحاليين، فإن الأسلوب يركز هنا على الاستفادة من هذه المعرفة لاقتناص أكبر قدر من النفع من العملاء الحاليين. ويمكن استخدام هذه المعرفة أيضاً في اجتذاب عملاء جدد لتوسعة قاعدة العملاء.

عندما بدأت المستشفيات ومنظمات الرعاية الصحية الأخرى في عملية التسويق رسمياً خلال فترة الثمانينيات كان الكثير من الجهد المبذول يُوجه إلى التسويق المصور وذلك للترويج للميزات الكلية للمنظمة. وقد كانت هذه الحملات المصورة باهظة التكاليف ولم تحقق أهدافها على العموم. ولم يكن من غير المعتاد – وما يزال كذلك – لمستشفى أن يكون في مقدمة ما يفكر فيه العامة ويتم تصنيفه على أنه الأفضل على جميع الأبعاد المهمة، إلا أنه بالرغم من ذلك ليست المنشأة المفضلة لدى العامة. ويعود هذا الأمر إلى أن العديد من العوامل الأخرى بخلاف تلك التي تتناولها خطة التسويق من المرجح أن تؤثر في اختيار الفرد للمنظمة (حتى إذا كان لديهم اختيار على الإطلاق).

كانت هذه المحاولات المبدئية لتسويق المنظمة أقل بكثير من التوقعات، فلم تُترجم الصورة المحسنة (وذلك إذا تكونت بالفعل) بالضرورة إلى زيادة الأعمال فحسب، ولكن المستشفيات التي كانت مشتركة وبوضوح في هذا النوع من التخطيط قد أدت إلى قدر كبير من النتائج السلبية جراء المبالغة الواضحة.

أما في وقتنا الحالي، فإن الكثير من العمليات الدعائية التي تقوم بها منظمات الخدمات الصحية تركز على منتجات أو خدمات. وهذا الأمر يتفق مع الاتجاه القومي في القطاعات الأخرى والمتمثل في البعد عن أسلوب تقديم جميع الأشياء لجميع الأشخاص والتركيز بدلاً من ذلك على منتجات محددة وجمهور مستهدف محدد. ولهذا، فبدلاً من أن يقوم المستشفى العام بمدح مواصفاته، فقد تجد حملات مستهدفة بشكل كبير تقوم بالترويج لبرنامج الجراحة للمرضى الخارجيين أو مؤسسة صحة منزلية أو للحصول مؤخراً على جهاز تفتيت حصوات الكلى.

من المحتاج إلى التخطيط التسويقي؟

يوجد الآن القليل من منظمات الرعاية الصحية التي لا يمكنها الاستفادة من التخطيط التسويقي، إذ إن معظمها في واقع الأمر تجده شرطاً أساسياً للبقاء في بيئة تنافسية محتدمة. وعلى الرغم من أن المستشفيات ومجموعات الأطباء والمنظمات الأخرى المختصة بالرعاية المباشرة للمرضى لم تصبح مهتمة بالتسويق إلا بحلول فترة ثمانينيات القرن الماضي، فإن هناك عدداً متزايداً منها يسعى إلى تحصيل خبرات تسويقية.

قد يرجع تباطؤ العديد من مقدمي الرعاية الصحية في استخدام أساليب تسويقية حديثة إلى الافتقار التقليدي إلى التسويق من جانب هؤلاء المقدمين. كان هناك بالفعل قدرٌ كبيرٌ من المقاومة لفكرة التسويق من جانب العديد من المنظمات غير الساعية للربح. وكان الأطباء وبعض مقدمي الخدمة الآخرين عادةً لا يقومون بالتسويق لدواع أخلاقية وقانونية وكان هذا الأمر يُظن بأنه يقيد جميع أنواع التسويق.

هناك بعض المنظمات التابعة للقطاع الخاص الساعية للربح أو غير الساعية للربح لديها تاريخ عريض في مجال التسويق والتخطيط التسويقي كذلك. قد يكون لشركات صناعة الأدوية المكانة الأبرز في هذا الشأن، وخاصةً أن ما ينفقه قطاع المجالات الدوائية من ميزانيته على التسويق أكبر من أي قطاع آخر. هناك مكونات أخرى بالقطاع والتي لديها تاريخ عريض في التسويق والحملات الترويجية مثل شركات التأمين وشركات توزيع المعدات الطبية. وفي الحقيقية، لقد أخذ التسويق من جانب خطط التأمين بُعداً آخر عندما أصبحت منظمات الرعاية المدارة القومية جزءاً من الصورة.

وهناك جزء من المقاومة المتبقية تجاه التسويق يعد وظيفة لسوء الإدراك لمكونات «التسويق». حتى في حاضرنا يفكر العديد من متخصصي الصناعة الصحية بحزم في الإعلان إذا ما أثيرت مسألة التسويق؛ إلا أن معظم هؤلاء المتخصصين لا يدركون أنهم منغمسون في التسويق في الجزء الأكبر من حياتهم المهنية، فهم لا يدركون هذه المسألة على هذا النحو. كما أن الأطباء الذين يترددون على النوادي التي يشترك فيها أطباء آخرون أو يرسلون بملاحظة متابعة إلى طبيب زميل بعد عملية إحالة أو يتفقون على العمل على أنهم أطباء لفريق كرة القدم بمدرسة ثانوية هم كلهم منخرطين في أنشطة تسويقية. لقد كان التحدي للمسوقين يتمثل في توضيح نطاق التسويق وملاءمة الأنشطة القائمة داخل إطار العمل هذا.

عملية التخطيط التسويقي:

التخطيط للتخطيط:

إن المقولة نفســها المتمثلة في التخطيط للتخطيط تنطبق هنا كما هو الأمر مع أي نــوع آخر من التخطيط. ويتعين قبل البدء في التخطيط الفعلي القيام بعمل تمهيدي فيما يتعلق بالإطار التسويقي (مثل العلاقة مع الخطة الإستراتيجية) كما يجب تحديد الفاعلين الأساســيين وإنشاء عقلية تسويقية وهكذا. ســتتنوع هذه الأنشطة استناداً على كون التخطيط التسويقي متصوراً على مستوى المنظمة أو بالنيابة عن منتج معين أو خدمة معينة.

إن وضع التخطيط التسويقي يختلف إلى حد ما عن معظم أنواع التخطيط الأخرى، ففيه تكون بنية التخطيط موجودة بالفعل في شكل طاقم عمل التسويق وطريقة محددة لتطوير المبادرات التســويقية. وخلافاً لما عليه الأمر في التخطيط الإستراتيجي على ســبيل المثال لن يتعين على قائد عملية التخطيط أن يوظف أعضاء رئيســيين بفريق التخطيط من جديد لكي يتم البدء في عملية التخطيط. قد يكون الأمر أن أشخاصاً إضافيــين من ذوي الخبرات يتم إشــراكهم في عملية تكوين خطة التســويق الخاصة بخط خدمات جديد مثلاً. إلا أن هذا ينطوي على الإضافة إلى بنية التخطيط القائمة بدلاً من البدء من نقطة الصفر.

تحديد الافتراضات:

إن تحديد الافتراضات في البداية وطوال عملية التخطيط أمرٌ مهمٌ في التخطيط التسويقي. فعلى سبيل المثال، قد يرتبط افتراض أساسي في التخطيط التسويقي بنوع الصورة التي تســعى المنظمة أن توصلها. وهناك فارقٌ كبير بين عرض صورة لمؤسسة عدوانية تســعى للربــح وتقودها مبادئ أعمال عنيدة في مقابــل صورة لمنظمة قائمة على مجتمع متواضع وتســعى إلى تلبية احتياجات السكان. وقد ترتبط الافتراضات الأخرى بنوع النهج أو الجاذبية الواجب دراستها.

ينبغي تحديد الافتراضات فيما يتعلق بالنتائج المحتملة للمبادرة التســويقية، وهذا هــو الوضع الذي يكون فيه التخطيط التســويقي فريداً. فنجد أنه في بيئة الســداد الحاليــة، على ســبيل المثال، لا ترغــب الجهة التي تقدم الرعايــة الصحية في جذب جميع المســتهلكين المحتملين لمنتج أو خدمة ما، إذ إن المنظمة تريد اجتذاب المستهلكين

الذين من المتوقع أن يكونوا قادرين على السداد. وفي الوقت نفسه، لا ينبغي أن تظهر المنظمة وكأنها تستبعد عن عمد فئات معينة من المرضى. إن هذا التوازن الدقيق يلعب دوراً في تطوير الافتراضات.

إن طبيعة الافتراضات التي تتم في البداية تعكس مدى وجود منتج أو خدمة ما فعلياً في السوق ومستوى الوعي والاستفادة. بالإضافة إلى هذا، فإن المدى الفعلي للقيام بالأنشطة التسويقية سيؤثر في الافتراضات التي تتم.

تجميع المعلومات الأولية:

طالما أن منظمة الرعاية الصحية لديها بالفعل وظيفية تسويقية مطبقة، فقد لا يكون من الضروري إجراء العديد من المهام المرتبطة بتجميع المعلومات الأولية، فسيكون طاقم العمل قد قاموا بالفعل بدراسة معظم الجوانب الخاصة بالبيئة بصفتها جزءاً من أنشطة البحوث المتواصلة التي يجرونها، كما أنه وعلى أقصى تقدير سيكون من الضروري القيام ببعض التحديث للمعلومات حول جوانب محددة خاصة بالبيئة. أما في حالة وجود قسم تسويق منشأ حديثاً أو في حالة طرح موارد أو قدرات تسويقية خارجية، فقد يكون من الضروري إجراء التجميع الشامل للمعلومات الأساسية التي قمنا بذكرها في الفصول السابقة.

تبدأ عملية تجميع البيانات بالحصول على معلومات أساسية حول المنظمة من خلال استعراض أية مواد تم إعدادها حول المنظمة وتحديداً حول المنتج أو الخدمة، إلا أن القيام وببساطة بتحديد سمات المنظمة أو خدماتها أو كلاهما قد لا يكون كافياً للتخطيط التسويقي، إذ ينبغي على واضع الخطة أن يتعرف على مدى اختلاف المنظمة أو الخدمة ومدى هذه الاختلافات.

ونجد في المنظمات الكبيرة مثل المستشفيات أنه ليس من المتوقع أن يكون طاقم التسويق على دراية بجميع الخدمات، وخاصةً إذا لم يتم تسويقها بصورة كبيرة في السابق. ويقوم المستشفى وبصورة متكررة بإضافة خدمات جديدة، وقد يتم تسويق بعض الخدمات القائمة لأول مرة. ولهذا فإن مثل هذه الاتجاهات تستدعي القيام بالمزيد من عملية تجميع المعلومات الأساسية.

إن إعادة النظر في المواد يجب أن يصاحبها إجراء مقابلات مع أفراد ذوي معرفة داخل المجتمع، وذلك داخل وخارج المؤسسة الطبية، ويجب كذلك تكوين صورة عامة عن السوق الخارجي خلال هذه المرحلة من تجميع المعلومات.

ليس من قبيل المفاجأة أن يتم التأكيد بصورة أكبر على تحديد أنشطة التسويق القائمة وتقييمها ضمن عملية التخطيط التسويقي بالمقارنة بأنواع التخطيط الأخرى. وتشتمل الخطوة الأولى عادةً على تكوين حصر لموارد التسويق وتحديد مدى ارتباط أنشطة التسويق الحالية بالمشروع المقترح. ومن السهل إغفال أنشطة تخطيط قائمة (وخاصةً إن لم تتم الإشارة لديها بهذا الوصف) إلا أنه يجب الإقلال من ازدواجية الجهود المبذولة إلى أدنى مستوى. وفي الوقت نفسه، ينبغي تجنب احتمالية عمل أنشطة التسويق من أجل أهداف متضاربة. (هناك مثال تقليدي لهذا الأمر وهو المستشفى الذي كان يروج لغرفة الطوارئ لديه باعتبارها مكاناً لجميع المشكلات الصحية غير المتوقعة، في حين أنه يسوق شبكة الرعاية الطارئة الخاصة به باعتبارها بديلاً لرعاية غرفة الطوارئ).

وكجزء من هذه العملية، ينبغي تحديد العوائق المحتملة أمام مبادرة التخطيط. سيظهر على السطح الأفراد أو المنظمات التي تقاوم وبوضوح أي عملية تخطيط، وذلك على الرغم من أن تكوين خطة تسويقية قد لا يكون أمراً «تطفلياً» كما هو الأمر بالنسبة لخطة إستراتيجية. يجب كذلك تحديد الأنماط السلوكية الثابتة، وتحديداً إن كان الأمر يتعلق بالتسويق الداخلي. كما أن الداعمين للخدمات داخل المنظمة الذين يمكن اعتبارهم داخل المنافسة يمكن أن يصبحوا بمثابة قضية على سبيل المثال. فقد لا يستجيب مدير قسم الطوارئ بشكل إيجابي لحملة تسويقية تستهدف المرضى المباشرين بعيداً عن غرفة الطوارئ إلى مراكز الرعاية الطارئة التابعة للمستشفى. وبرغم إمكانية اجتياز بعض العقبات، إلا أن البعض الآخر لا يمكن اجتيازه. إن هذه التفاهمات تصبح جزءاً من الافتراضات التي تدفع العملية.

تجميع البيانات القاعدية:

يركز مخططو التسويق على التخطيط التسويقي بشكل خاص على خصائص المنظمة، إذ يجب على المخطط أن يتفهم طبيعة المنظمة وأن يكون لديه حس «بشخصيتها». وهذا الأمر يظهر بجلاء إذا ما كان هناك حملة لترويج صورة معينة للمنظمة. كما يظهر في حالة تسويق منتج معين. فعلى سبيل المثال، قد يمكن التمييز بين خدمة غير معروفة نسبياً عن خدمات يقدمها منافسون وذلك من خلال إيضاح الدعم للخدمة الذي تقدمه المنظمة والتي يوجد لها بالفعل صورة إيجابية لدى المجتمع. يمكن استخدام «تأثير الهالة» هذا لمصلحة المنظمة إذا ما كان هذا

هــو الأمر بالفعل. ولهذا يمكن الترويج لمركز ولادة تقدمي حديث بشــكل جزئي على أســاس الدعم الإكلينيكي المتوفر بفضل وجود طاقــم عمل كبير مكون من أخصائيين في الوحدات الطبية والجراحية إلى جانب حقيقة أن خدمات الرعاية المركزة لحديثي الولادة متوفرة حسب الحاجة إليها.

وتشتمل الخطوة الأولى في عملية تجميع البيانات الرسمية هنا وكما هو الأمر في الحالات الأخرى على تقييم بيئي. فإن ركز التخطيط التسويقي على المنظمة، فإنه من المتوقع أن يكون التقييم البيئي أشمل من كونه يركز على منتج محدد. وعلى الرغم من أنه يجب أن يشــتمل التخطيط التســويقي على تقييم للبيئة على جميع المستويات كما هــو الأمر فــي أنواع التخطيط الأخرى، فإن ما يتم بذله من جهود قد لا تكون ضخمة جراء ضيق التركيز بالعديد من مبادرات التسويق.

مــن الواضح أن الكثير يعتمد على طبيعة المنظمة المرتبطة بالتخطيط التســويقي. فيمكن مثلاً أن تكون هناك منظمة قومية تســعى إلى تكوين سوق قومي بالفعل – كأن تكون شــركة دوائية تطلق مبادرة تســويق تقوم على التعامل مباشرةً مع المستهلكين – ومن المحتمل أن تجري تحليلاً يحتوي على تفاصيل مهمة على المستوى القومي. ومن ناحية أخرى، من المســتبعد أن تكون مؤسســة الصحة المنزلية المرخص لها ممارســة عملهــا في مقاطعة واحــدة بحاجة إلى الكثير من التفاصيــل فيما يتعلق بالاتجاهات القومية من أجل رســم خطة تســويقية. وبغض النظر عن نوع المنظمة يجب أن يكون السؤال كما يلي: ما القيود الخارجية التي يُرجح أن تؤثر في المنظمة وما الأشياء التي يمكن معرفتها عن هذه القيود؟

هناك بُعد إضافي يتعلق بالتخطيط التســويقي ويشــتمل على تجميع بيانات حول مبادرات مماثلة في الأســواق الأخرى. ويجب على واضع الخطة أن يكون قادراً على دمج المعلومات الخاصة بأســاليب التسويق التي أثبتت نجاحها أو فشلها عندما كانت منظمات أو خدمات مماثلة تقوم بالتسويق في سياقات أخرى.

التدقيق الداخلي:

عنــد القيام بالتدقيق الداخلي، هناك بعض الجوانب المختلفة بالمنظمة والتي يتعين فحصهــا من أجل التخطيط التســويقي. ومــن المكونات المتعلقــة تحديداً بتخطيط التسويق ما يلي:

الخدمات/المنتجات:

ما الخدمات و/أو المنتجات المقدمة؟ ما خصائص هذه الخدمات والمنتجات؟

خصائص العميل:

ما عـــدد العملاء لدى المنظمـــة وما خصائصهم؟ ما الخصائـــص الديموغرافية الأخـــرى الأكثر اتصالاً بهم؟ ما أماكن إقامة المرضـــى، وإلى أي مدى يمكن للمنظمة أن تصـــل إليهم؟ ما خليط الحالات الخاص بالعملاء الحاليين؟ ما التصنيفات المالية لقاعدة المرضى؟

أنماط الاستفادة:

مـــا حجم الخدمات والمنتجات التي يســـتهلكها العملاء لـــدى المنظمة؟ كيف يمكن تصنيف هذا الحجم من حيث خط الإنتاج أو الإجراء؟

هيكلية التسعير:

ما طريقة تحديد تســـعير كل من الخدمـــات والمنتجات التي تقدمها المنظمة؟ كيف يمكن مقارنة هيكلية التســـعير هذه بمثيلاتها لدى المنظمات المنافســـة وفي متوســـط القطاع؟ ما درجة حساسية أسعار المنتجات والخدمات المقدمة؟

ترتيبات التسويق:

ما برامج التســـويق المنفذة في الوقت الحاضر، وكيف يتم تحديد هيكل التســـويق؟ ما نوع ومســـتوى الموارد المتاحة للتســـويق؟ هل توجد عمليات جارية تختص بالتسويق الداخلي؟

الأماكن:

مـــا مدى مركزية أو عـــدم مركزية العمليـــات؟ ما عدد الأماكـــن التابعة التي يتم تشـــغيلها وكيف تم اختيار تلك الأماكن؟ هل هناك أســـواق لا يوجـــد بها منافذ قائمة لتقديم الخدمات؟

علاقات الإحالة:

ما كيفيـــة إحالة العملاء إلى المنظمة؟ وإلى أي مـــدى يمكن القول بوجود علاقات إحالة رسمية؟

التدقيق الخارجي:

ينطوي التدقيق الخارجي في عملية التخطيط التسـويقي على الخطوات نفسـها المشـروحة في الفصول السـابقة من هذا الكتاب والخاصة بتقييـم البيئة التي تعمل داخلها المنظمة. وتبدأ العملية بتحليل البيئة الكلية ومدى التقدم من خلال المستويات المتنوعـة نزولاً إلى البيئة المصغرة. يتم اسـتعراض اتجاهات اجتماعية عريضة ويتم كذلك تحليـل التطورات داخل الاقتصاد لمعرفة تأثيراتها فـي الرعاية الصحية، ويتم كذلك استعراض الاتجاهات في الصناعة الصحية وذلك مع لفت الانتباه إلى التطورات على صعيد التشريعات التنظيمية وعلى صعيد السداد.

إن طبيعة المنظمة والقضايا التي تستهدفها هي التي ستحدد نطاق التحليل البيئي. وكما سنذكر فيما بعد، فإن التدقيق الخارجي لعملية التخطيط التسويقي يتناول بعض الأبعاد الإضافية.

وكجزء مـن التقييم البيئي، فإنـه ينبغي تحليل الاتجاهـات الاجتماعية العريضة وانعكاسـاتها على منطقة السوق. وينبغي أيضاً أن تشتمل هذه الاتجاهات المجتمعية على الاتجاهات الديموغرافية، والاعتبارات الاقتصادية، والاتجاهات الحياتية، وخاصة التحولات في المواقف. فقد كان للعديد من الاتجاهات التي سـبقت مناقشتها أثر في عملية التخطيط التسـويقي، ذلك لأن استجابته للأنماط المجتمعية المتغيرة كانت، من نواح عدة، أكثر من بعض أنماط التخطيط الأخرى.

وعندما يتعلق الأمر بعملية التخطيط التسـويقي فإنه من المرجح أن يكون للأنماط الحياتيـة أهمية أكبر من غيرها من الاتجاهـات التخطيطية الأخرى. ومن بين أمثلة الأنماط الحياتية المتغيرة؛ الوعي الصحي والبدني الذين يميزان العديد من الشـرائح السـكانية للمجتمع الأمريكي في العموم. إذ أدت أنشطة اللياقة البدنية والتي بدأت فـي فترة الثمانينيات إلى زيادة الطلب، وبشـكل غير مسـبوق، على النوادي الصحية والأطعمة الصحية والمنتجات الرياضية وكذلك الطب الرياضي. ولم يكن من الغريب، في الواقع، أن تركز الخطة التسـويقية على سمات لها صلة باللياقة البدنية للمنتج أو الخدمة التي لم يكن الهدف منها أن تكون وسيلة للياقة البدنية على الإطلاق.

قد يكون للتغييرات التي تطرأت على توجهات المسـتهلك على المستوى الوطني أثر في المجتمعات المحلية. وحتى وقت قريب، على سبيل المثال، كان هناك عدد قليل فقط من منظمات الرعاية الصحية التي قد تقدم على تسـويق أدوية العجز الجنسي بشكل

معلن. إلا أنـــه وفي ظل التوجهات الليبرالية الحالية تجذب الإعلانات الذكية اهتمام هذه المنظمات وتحظى بخدماتها مما جعل تســـويق أدوية العجز الجنسي يحتل مكانة عالية في أواخر التسعينيات.

هذا وينبغي تطبيق النوع نفســـه من التحليل على توجهات الصناعة الصحية حتى يمكـــن تحديد التطورات التـــي يُحتمل أن يكون لها تأثير فـــي المجتمع المحلي. إذ أثر ظهـــور خطوط خدمات الرعاية الصحية في فترة الثمانينيات، على ســـبيل المثال، في أجندة التســـويق. ذلك علاوة على الجهد التســـويقي الضخم الـــذي أجرته منظمات الصيانة الصحية الساعية إلى لسيطرة على سوق التأمينات؛ ولذا فقد كان لمثل هذين الاتجاهين آثار كبيرة في تلك المنظمات المعنية بالخطط التسويقية.

لقد كان للصناعة أو لدورة حياة المنتج أهمية خاصة في مجال التخطيط التسويقي، إذ ســـيتم التعامل مع المنتج الجديد الذي يجري العمل على إنتاجه بطريقة تختلف عن طريقـــة التعامل مع المنتج الموجـــود حالياً الذي يكافح من أجـــل تحقيق التميز. وكلا المنتجين ســـيتم التعامل معهما بشكل يختلف عن المنتج الموجود فعلياً والذي اقترب من نهاية دورته الحياتية. (هذه المســـألة المهمة ســـتتم مناقشتها بشكل موسع في الفصل العاشر).

إن التطورات التنظيمية والسياسية والقانونية يجب أن تؤخذ جميعها في الحسبان، فاللوائـــح التي ســـنتها مجموعـــة متعددة من المنظمـــات الحكومية وغيـــر الحكومية تضع العراقيل أمام أنشـــطة التســـويق. كما أن البيئة السياســـية لها كذلك تأثيرات مباشـــرة وغير مباشرة في عملية التخطيط التســـويقي. وما من شك في أن الخطة التسويقية لاتحاد المستشفيات الأمريكية بكولومبيا قد أخذ منحىً مختلفاً في منتصف التســـعينيات بعد أن وضعت السلطات الفيدرالية أنشطة الاتحاد قيد التحقيق. أيضاً كان للأنشـــطة القانونية على المســـتوى الوطني والدولي والمحلي أثر في نظام الرعاية الصحية المحلية. وعلى ســـبيل المثال فإن ما يمكن التفكير فيه من أنشـــطة تســـويقية تستهدف تشجيع الإحالات أو غيرها من الأنشطة المشكوك فيها ستكون عوامل يتعين أخذها في الاعتبار.

وقد يكون للتطورات التي شـــهدها مجال التكنولوجيـــا تأثير كبير في طبيعة نظام الرعاية الصحية. ومن ثم فإنه لا يجب أن يكون فريق التخطيط التسويقي على دراية بالتكنولوجيـــا التي تحيط بخدمة أو منتج فحســـب بل يتعين أيضاً أن يكون على دراية

بجميـــع التقنيات الأخرى ذات الصلة بهذا المجال. وقد لا يكون من الملائم تعزيز قيام المنظمـــة بإجراءات جديدة متطورة إذا قام العديد من المستشـــفيات الأخرى بالإجراء ذاتـــه. ويجدر أيضاً بالفريق أن يكون على درايـــة بالتطورات التقنية المرتقبة التي قد تؤثر سواء في مكانة المنتج الذي يجري تسويقه أو في درجة تقبله في السوق.

وقـــد يكون لجميع المســتويات الحكومية وكذلك القطاع الخـــاص تأثير في أنماط الدفع، إذ يجب أن تؤخذ التطورات المرتقبة في نظام الدفع مقابل الخدمة بعين الاعتبار عند التخطيط التســـويقي. وبقدر أهمية العمـــلاء القادرين على الدفع مقابل الخدمة التـــي يحصلون عليها تأتي أهمية النظر للدفع في إطار الســـوق بعين الاعتبار. إذ من المرجح أن تتم صياغة مبادرة التســـويق لتتـــلاءم مع فئة محددة من الدافعين، فإذا كان السعر يمثل أهمية فإن توفير معلومات حول فوائد التأمين يعد مسألة مهمة أيضاً.

تكوين صورة عامة عن منطقة السوق والسكان التابعين لها:

تتمثل الخطوة الأولى المنطقية في عملية التخطيط التســـويقي في تحديد وتكوين صورة عامة لمنطقة الســـوق المتعين دراســـتها. كما يمكن أن تراوح منطقة السوق من كونهـــا منطقـــة جغرافية صغيرة تخدمها صيدلية على ســـبيل المثال لتصل إلى كونها ســـوقاً قومياً أو عالمياً تخدمه شركة أدوية. ويجب أن يكون «السوق» الذي يتم تكوين صورة عامة له متفقاً مع نطاق المنظمة التي يتم التخطيط من أجلها.

هناك بعض الاتجاهات التي يمكن فيها أن تكون منطقة السوق غير محددة المعالم، وقد تكون هناك حاجة إلى إجراء قدر محدد من البحوث وذلك من أجل تحديد السوق الذي يتوجب رعايته. (انظر الفصل الثامن وفيه تجد مناقشـــة حول ترســـيم مناطق الســـوق). وفي معظم الحالات، يتم ترسيم السوق حســـب جغرافيته. وبالتأكيد فإن مقدمي الرعاية الصحية المحليين سيكونون محصورين داخل منطقة جغرافية محددة نســـبياً. ومن ناحية أخرى، يمكن أن يتضمن الســـوق فعلياً قطاعات سكانية عريضة وقد لا تكون مرتبطة بالجغرافيا على الإطلاق وذلك باســـتثناء حدود الدولة. ولهذا، يمكـــن أن يكون لأعمـــال الطلبات البريدية لصيدلية التجزئة ســـوق قومي محدد وفق الخصائص السكانية القائمة بعيداً عن الجغرافية.

إن نوع المعلومات المطلوبة حول الســـوق يتنوع حسب طبيعة المشروع. وسنقوم فيما يلي بإدراج التصنيفات الرئيسية للبيانات التي يمكن التأكيد عليها. ويتمثل النوع الأول من البيانات التي يتم تجميعها عادةً في البيانات الديموغرافية بما في ذلك الســـمات

الحيويــة الاجتماعية والاجتماعية الثقافية. وســيقوم المحلل على أقل تقدير بفحص الســكان من حيث الســن والنوع والجنس/العرق والحالة الاجتماعية/البنية العائلية، وكذلــك الدخل ومســتوى التعليم. كما يتم في هذه العملية عــادةً تقييم الموقف فيما يتعلق بالتغطية التأمينية.

عادةً ما يصاحب التحليل الديموغرافي تقييمٌ للخصائص الســيكولوجية للســكان بمنطقة الســوق. ويمكن اســتخدام المعلومات الخاصة بتصنيفات الأنماط المعيشــية للجمهور المســتهدف في تحديد الأولويات الصحية المتوقعة وكذلك سلوك المجموعات الســكانية الفرعية. كما أن اتجاهات المســتهلكين تمثل بعداً آخر للســكان والتي تتم دراســتها عــادةً عند هذه المرحلة. ومــن المرجح أن يكون للاتجاهــات التي يعرضها المســتهلكون فــي منطقة الســوق تأثير كبير فــي الطلب على جميع أنــواع الخدمات الصحية تقريباً. أما على مستوى المنظمة، فإن الاتجاهات الخاصة بتشكيلة كبيرة من العناصر إلى جانب المســتهلكين المباشرين يتعين وضعها في الاعتبار. (يمكن الاطلاع على تفاصيل خاصة بهذه الخصائص في الفصل السادس).

ومــن هذه الخصائص المتنوعة والخاصة بســكان منطقة الســوق يحتمل أن يكون الاهتمــام الذي تجتذبه الاتجاهات مــن جانب واضعي الخطط التســويقية أكبر من الاهتمام المتلقى من واضعي الخطط الأخرى، وفي حين أنه يمكن أن يكون هناك اهتمام بالخصائص الديموغرافية أو الســيكولوجية للســكان، فإن واضعي خطط التســويق يرونها عادةً وبشكل أساسي مفاتيح للاتجاهات السكانية. ولأن القوة الدافعة للعديد من خطط التســويق تنطوي علــى تغيير الاتجاهات، فإن هــذا الصنف من المعلومات ضروري وعادةً ما يتطلب أبحاثاً أولية.

فــي بعض الاتجاهات التي لا يكون فيها الســوق مرتبطاً ارتباطاً وثيقاً بالجغرافية ســيتم تناول عملية تجميع البيانات من أجل الصورة العامة للســوق بشــكل مختلف. فعلى سبيل المثال، يمكن أن يتكون السوق من أشخاص راشدين نشطين وأصغر سناً أو من نســاء في سن الإنجاب. وفي أي من الحالتين، سيتم تحديد خصائص السوق في البداية بمعزل عن الجغرافية (باستثناء تقييد الحدود القومية). ولهذا فإن خصائص الأشخاص الراشدين الأصغر سناً أو النساء في سن الإنجاب سيتم تحديدها من حيث الأبعاد المذكورة أعلاه وربطها بعد ذلك بجغرافية البُعد المكاني. سيتم بعد ذلك تحديد المناطق الجغرافية التي تركز على الأشــخاص الراشــدين صغيري السن أو التي تركز على النساء في سن الإنجاب.

تجزئة السوق:

تعد عملية تجزئة السوق ذات أهمية خاصة بالنسبة لعملية التخطيط التسويقي، إذ إن غالبية مبادرات التسويق ستنطوي على التسويق المستهدف، وفيه سيتم اختيار أجزاء فرعية من السكان من أجل رعايتها. ويمكن أن يكون لتجزئة السوق الأشكال التالية:

التجزئة الديموغرافية: إن تجزئة السوق على أسس ديموغرافية تمثل النهج الأكثر شـــهرة في تحديد الأسواق المستهدفة. كما أن الروابط بين الخصائص الديموغرافية والحالة الصحية، والاتجاهات المرتبطة بالصحة، والسلوك الصحي قد تأسست بشكل جيد. ولهذا السبب، فإن التجزئة الديموغرافية تكون عادةً بمثابة مهمة مبكرة في أي عملية تخطيط تسويقي. وبالتالي فإن المجموعات الفرعية المحددة ديموغرافياً تُعرف عادةً من حيث علاقتها بالخدمات والمنتجات المتنوعة.

التجزئة الجغرافية: لقد ازدادت أهمية تفهم التوزيع المكاني للســوق المســتهدف وذلك لأن المستهلكين قد أصبحوا يدفعون مقابل الرعاية الصحية بشكل متزايد. ومن آثار هذا الاتجاه زيادة التأكيد على الموضع المناســب للمنشــآت الصحية. لقد تطلب النهج الذي يدفعه الســوق تجاه الخدمات الصحية أن تقوم منظمات الرعاية الصحية بإيصال خدماتها إلى الســكان، كما أن كبار مشــتري الخدمات الصحية يصرون على أن تكون مواقع المنشــآت مناسبة للمنتفعين التابعين لهم. إن معرفة الطريقة التي يتم بها توزيع الســكان داخل المنطقة التي تغطيها الخدمة والرابط بين التجزئة الجغرافية وأشكال التجزئة الأخرى مهمة من أجل تطوير خطة السويق.

التجزئــة الســيكوغرافية: يعد فهم الخصائص السيكوغرافية للسكان المستهدفين أمــراً ضروريــاً للعديد من أنواع المنتجــات والخدمات. كمــا أن مجموعات الأنماط المعيشية التي يمكن تحديدها للسكان غالباً ما تتعدى (أو على الأقل تكمل) الخصائص الديموغرافية الخاصة به. والأهم من ذلك أنه يمكن ربط الســمات الســيكوغرافية بالميل إلى شــراء خدمات ومنتجات متنوعة، وكذلك بالاتجاهات والإدراكات والتوقعات الخاصة بالســكان المســتهدفين. (انظر مربع (٩-٢) وفيه نناقش الأنماط المعيشــية واستخدام الخدمات الصحية).

تجزئة الاستخدام. يتم في وقتنا الحالي تنفيذ الشكل الشائع للتجزئة والذي طالما اســتخدمه المســوقون في الرعاية الصحية. يمكن تقسيم ســكان منطقة السوق إلى فئات اســتناداً إلى مدى اســتخدام خدمة معينة. وفي حالة استخدام مراكز الرعاية

الطارئة، على سبيل المثال، يمكن تقسيم السكان إلى مستخدمين شرهين ومستخدمين متوسطين ومستخدمين عرضيين وغير مستخدمين. وتتيح هذه المعلومات أساساً لتخطيط تسويقي لاحق يمكن تهيئته بشكل مختلف، على سبيل المثال، من أجل العملاء الموالين القائمين وغير العملاء.

تجزئة الدافعين: هناك نوع من تجزئة السوق تتفرد به الرعاية الصحية وينطوي على استهداف المجموعات السكانية على أساس فئات الدافعين به. كما أن وجود التغطية التأمينية ونوع هذه التغطية هي أمور رئيسية يتعين دراستها في تسويق غالبية الخدمات الصحية. تغطي الخطط الصحية بعض الخدمات ولا تغطي البعض الآخر، وهو أمرٌ مهم يتعين دراسته في عملية التسويق. وفيما يخص الخدمات الاختيارية التي يتم سداد قيمتها من جانب الشخص المنتفع، يكون نهج التسويق المستهدف بشكل كبير أمراً مطلوباً. لقد أصبح الآن خليط الدافعين بمنطقة السوق من أهم الأمور التي يتعين أخذها في الاعتبار في العديد من أنشطة التخطيط التسويقي.

تحديد الخصائص الصحية:

سيتم تحديد الخصائص الصحية للسكان عقب الخطوات المذكورة في الفصلين السادس والسابع من هذا الكتاب. وسيكون التركيز بالطبع على تلك الأبعاد ذات الصلة باحتياجات المنظمة.

تشير خصائص الخصوبة بالسمات والعمليات المتعلقة بالتكاثر والإنجاب، وتختلف أهمية هذه الخصائص حسب نوع المنظمة والخطة. كما أن عدد مرات الإنجاب وكذلك خصائص تلك المرات، إلى جانب سمات آباء وأمهات الأطفال، تشكل أساساً لتحليل الخصوبة.

إن أنماط الخصوبة السابقة تحدث تأثيراً كبيراً في الأنماط الحالية الخاصة بالطلب على الخدمات الصحية. ويتمحور نطاق عريض من الاحتياجات الخاصة بالخدمات والمنتجات حول إنجاب الأطفال. كما أن الإنجاب يتسبب في الاحتياج إلى تلك الخدمات المستقبلية مثل الخدمات المتعلقة بطب الأطفال ووسائل منع الحمل. فالطلب على علاج الجهاز التناسلي لدى الرجل والمرأة وزيادة الاهتمام بعلاج العقم هي أمور تعد بمثابة منتجات ثانوية لعملية التناسل، ولابد أن يؤخذ كل ذلك في الاعتبار.

مربع (٩-٢)

تحليل الأساليب المعيشية من أجل التخطيط التسويقي

لقد اُستخدمت أنظمة تجزئة الأساليب المعيشية على مدار عقود في القطاعات الأخرى، إلا أنها لم تحظ أبداً بقبول كبير في مجال الرعاية الصحية. ويرجع هذا إلى أنه في معظم الأحيان اعتمدت المنظمات المقدمة للرعاية الصحية على الأطباء أو الخطط الصحية لتوجيه المرضى إليها. وفي حقيقة الأمر لم يكن لدى تلك المنظمات اهتمام كبير بخصائص مرضاهم. أما في بيئة الرعاية الصحية الجديدة، فهناك اهتمام متزايد في تجزئة العملاء. لقد أصبح السوق مدفوعاً بشكل أكبر من جانب العملاء، كما أن الأفراد أصبحوا يلعبون أدواراً أكثر فعالية في اتخاذ القرارات المتعلقة بالرعاية الصحية. وفي حاضرنا نجد أن الأعداد المتزايدة من الخطط الصحية ومقدمي الخدمات الصحية إلى جانب المنظمات الأخرى تعكس اهتماماً بتجزئة العملاء والتسويق المستهدف.

كما أن تجزئة الأساليب المعيشية تعد مهمة بالنسبة للمخططين الصحيين وكذلك الأشخاص المهتمين بتوزيع ظاهرة الرعاية الصحية داخل السكان. وعلى الرغم من أن التنوعات في الخصائص الديموغرافية والاجتماعية الثقافية تساعد على شرح العديد من الاختلافات الموجودة في الحالة الصحية والسلوك الصحي بين مختلف المجموعات، فهناك دلائل متزايدة على أن خصائص الأساليب المعيشية يمكن أن تتعدى هذه الأبعاد المعيارية إلى التجزئة. فعلى سبيل المثال، نجد بين كبار السن أنه كان من المعتاد تصنيف أولئك الذين أعمارهم فوق الخامسة والستين إلى فئة كبيرة أو في أفضل الظروف إلى ثلاث فئات استناداً إلى الفوارق العمرية (أي بين ٦٥-٧٤، ٧٥-٨٤، و ٨٥ وما فوق). يشير تحليل الأساليب المعيشية إلى أن الأشخاص الذين تقع أعمارهم ما بين (٦٥-٧٤) يتضمنون اثنين أو أكثر من مجموعات الأساليب المعيشية التي يمكن أن تشترك في سمات ديموغرافية ولكنها تختلف من حيث الأساليب المعيشية. ولهذا السبب، فإن أخصائي علم الاجتماع في المجال الطبي يجب أن يدرسوا مجموعات الأساليب المعيشية التي تميز السكان الخاضعين للدراسة.

لقد نشأت خلال فترة سبعينيات القرن العشرين أول أنظمة لتجزئة الأساليب المعيشية، ويشار إليها أيضاً باسم أنظمة التجزئة السيكوغرافية. وقد تم تطوير

هذا الأســلوب الجديد الخاص بتجزئة السكان على أنه ردة فعل لبعض من العيوب المدركة في تكوين الصورة العامة الديموغرافية. كما أدرك القائمون على التسويق أن الأشخاص الذين ينتمون إلى الفئة الديموغرافية نفسها قد ينقسمون إلى مجموعات مختلفة استناداً إلى الأسلوب المعيشي بالرغم من كونهم متشابهين على الورق. لقد اكتشــفت البحوث الخاصة بالأساليب المعيشــية أن داخل هذه الفئة الديموغرافية يوجد عدة فئات متنوعة للأســاليب المعيشــية التي كان لها التأثير الأكبر في سلوك المستهلكين مقارنة بتأثير مسألة الفئة العمرية.

تم تطوير أول نظام تجزئة أنظمة معيشية من جانب ستانفورد ريسيرش إنترناشونال Standford Research International (SRI) وذلــك خلال فترة ســبعينيات القرن العشــرين. وكان يطلق على هذا النظام اســم «نظام القيم والأســاليب المعيشــية» Values and Lifestyle System (VALS)، وقد كان هذا النظام ملهماً لعدة أنظمة تجزئة أســاليب معيشية لاحقة. لم يستفد هذا النظام أبداً من الاستخدام الواسع النطاق إلا أن هناك ثلاثة أنظمة لاحقة يتم اســتخدامها على نطاق واسع في وقتنا الحاضــر. وهذه الأنظمة هي التي قام بتطويرها Claritas (PRIZM) و Experian (MOSAIC) و CACI Marketing Systems (ACORN). وبينمــا يتــم إنشــاء الأنظمة المتنوعة باستخدام المناهج نفسها، فهي تختلف من حيث الإجراءات المحددة المستخدمة في إنشاء التصنيفات.

إن المفهوم الذي تســتند إليه جميــع أنظمة التجزئة يتمثل في اســتخدام البيانات الجيوديموغرافيــة مع الارتباط بالبيانات الخاصة بســلوك المســتهلكين ومواقفهم وتفضيلاتهم وذلك من أجل إيجاد مجموعات متمايزة من الأســاليب المعيشــية التي تغطي السكان جميعاً. ويسمح هذا للباحثين بأن يقسموا عملاء الرعاية الصحية إلى فئات متمايزة ويكون لكل منها خصائصها. وبمجرد أن يتم تحديد أجزاء الأساليب المعيشــية بالنسبة للســكان، فإنه من الممكن ربط نطاق عريض من الخصائص بكل فئة تتبعها.

إن PRIZM الذي طوره كلاريتاز Claritas يمكن أن يكون النظام الأكثر شهرة، ويرجع هذا بالأساس إلى الأسماء الماهرة التي أعطتها لتصنيفات الأساليب المعيشية، يمكن تصنيف الأفراد على سبيل المثال إلى «أفنية وبرك» و«بنادق صيد وشاحنات صغيرة» أو «الأجنحــة التنفيذية» ضمن الاثنتين وســتين مجموعة فــي PRIZM. إن نظام PRIZM هو الوحيد الذي تم استخدامه بصورة موسعة إلى وقتنا هذا من أجل ربط

الخصائص الصحية بمجموعات الأساليب المعيشية، ومع هذا فإن هذه المعلومات محمية بحقوق ملكية ويمكن الحصول عليها فقط إذا ما كنت عميلاً لجهة بيع البيانات Inforum والذي طور روابط الرعاية الصحية إلى مجموعات متطورة.

إن U.S. MOSAIC يعد أحدث إصدارات نظام تصنيف الأنماط المعيشية التابع لـ Experian. ويشمل هذا النظام أيضاً (٦٢) مجموعة من الأساليب المعيشية تحت اثنتي عشرة فئة رئيسة. كما أن مخطط التسمية أكثر صراحةً من المخطط الخاص بنظام PRIZM، إذ تقع تحت «فئة الأفراد العزب الأثرياء» مجموعات مثل: «أشخاص عزب حضريين ذوي دخل مرتفع ويقيمون في شقق» و«أشخاص من فئات عمرية أكبر ومن ذوي الدخل فوق المتوسط ويقيمون في شقق».

يمثل نظام ACORN التابع لـ CACI اسماً مختصراً لـ «تصنيف الأحياء السكنية». وتم تطبيق عدد من الأساليب الإحصائية ذات المتغيرات المتعددة من أجل إنشاء هذا النظام. وقام CACI بتحقيق وفرز (٢٢٦) ألف حي سكني من خلال (٦١) خاصية من الخصائص المعيشية الفريدة، مثل: الدخل والعمر ونمط المعيشة المنزلية وقيمة المنزل والوظيفة والتعليم إلى جانب محددات رئيسية أخرى لسلوك المستهلك. وبعد هذا تم إنشاء أجزاء السوق باستعمال مجموعة من أساليب تحليل العناقيد. وتم اختيار الأساليب من أجل إيجاد حلول موثوق بها من الناحية الإحصائية وكذلك التعامل مع كميات كبيرة من المعلومات. وينتج عن هذه العملية ترتيب ما يزيد على (٢٢٠) ألف حي سكني في (٤٣) أسلوباً معيشياً.

يزداد تأكيد المخطط الصحي والمشتركين في وضع الخطط التسويقية على أهمية الأساليب المعيشية لكل من الحالة الصحية والسلوك الصحي. ومن الطبيعي أن يتم البدء في الربط بين الخصائص الصحية المتنوعة بمجموعات الأساليب المعيشية الخاصة بها، وفي حين تصبح قيمة تجزئة الأساليب المعيشية أكثر وضوحاً للباحثين في مجال الخدمات الصحية، فإن نطاق الخصائص المتعلقة بالصحة والتي من المرجح أن ترتبط بأجزاء الأساليب المعيشية المتنوعة من المتوقع أن تنمو.

يمكن تحديد نسبة المراضة داخل السكان من معدلات حدوث وانتشار المرض وهي مسألة مهمة بالنسبة للقائمين على الخدمات الصحية. كما أن معدلات الحدوث والانتشار يجب أن تؤخذ في الاعتبار بالإضافة إلى نسبة المراضة من منظور معدل

انتشـــار المرض. وينبغي على المخططين أن يقوموا ولأقصى حد ممكن بتوقع معدلات الحدوث والانتشار في المستقبل وذلك من أجل التخطيط للتطورات القادمة.

ويكون المخططون على مســتوى المنظمة عادةً أقل اهتماماً بتحليل نســبة المراضة مقارنــة بالمخططين على نطــاق المجتمع؛ وذلك لأن الصنف الأخير يهتم بشــكل أكبر بالحالــة الصحية الكلية للمجتمــع. ومع ذلك، يتم فحص بيانــات الوفيات عادةً من أجل تحديد ما يمكن أن نســتخلص منها فيما يخص الحالة الصحية للمجتمع. وفي الحقيقــة، فــإن الاختلافات في معدلات الوفيات في المستشــفيات تســتعمل أحياناً باعتبارها أساساً للحملات التسويقية.

يتــم التأكيد في غالبية مبادرات التخطيط التســويقي على صــورة المراضة لدى الســكان. فحدوث وانتشــار مختلف الحالات الصحية ســيحفز الكثير من أنشــطة التخطيط، فنجد في غالبية المنظمات أن الطلب على الخدمات الصحية الذي ينبع من هذا المســتوى من الحاجة هو الدافع للسوق. ومن المرجح أن يكون المخططون مهتمين بكل من نسبة المراضة وأنماط الاستفادة التي تنشئها.

تحديد احتياجات السوق:

يختلف التخطيط الســوقي عــن أي نوع آخر من التخطيط مــن حيث إن العنصر البحثــي في عمليــة التخطيط قد يحدد مــا تركز عليه الخطة. أمــا في التخطيط الإســتراتيجي، على ســبيل المثال، يتم الاطلاع في العملية على نتائج البحوث، إلا أنه من المستبعد أن يشهد الاتجاه الإستراتيجي الخاص بالمنظمة تعديلاً جذرياً جراء تلك البحوث. ولكن على الجانب الآخر نجد أنه في البحوث السوقية قد يتمثل الهدف في تحديد احتياجات الســوق ورغباته بصورة مستقلة عن الخدمات التي تقدمها المنظمة بالفعل. وليس من غير المقبول أن تؤدي البحوث السوقية إلى اتخاذ قرار بإيجاد خدمة جديدة أو خط أعمال جديد لم يتم التفكير فيه من قبل. وهذا هو النمط الشائع في المجالات التي يحفزها السوق، فلا تقوم المنظمة ببساطة ببيع ما يجب عليها أن تقدمه، ولكن تتوجه إلى السوق لتحديد الفرص المتاحة.

تحديد السلوك الصحي:

يمكن تعريف الســلوك الصحي بأنه أي إجراء يهدف إلى استعادة الحالة الصحية أو الحفاظ عليها أو تحســينها، إذ يشــارك المستهلك في أنشطة رسمية مثل: زيارات

الأطباء ودخول المستشفى ووصفات الدواء إلى جانب إجراءات غير رسمية وُضعت للحيلولة دون حدوث مشكلات صحية والحفاظ على الصحة وتحسينها والترويج لها.

يعد تقدير طبيعة سلوك المستهلك أكثر أهمية بكثير للتخطيط التسويقي من أي نوع آخر من التخطيط. ونظراً لأن احتياجات المستهلكين هي التي تدفع عملية التسويق، فإن إظهار التقدير للبُعد السلوكي لأي سكان مستهدفين يعد أمراً ضرورياً. هذا هو السلوك الذي تسعى الخطة التسويقية في نهاية المطاف إلى التأثير فيه.

إن تكوين فهم أساسي للعملية التي يخوضها المستهلكون عند اتخاذهم قرارات متعلقة بالشراء يعد أمراً مهماً لأهداف التخطيط التسويقي، لذا يتعين أخذ الخطوات التالية بنموذج الشراء للمستهلكين في الاعتبار عند القيام بعمل خطة تسويقية (Hillestad and Berkowitz, 1991). إن النقطة التي يوجد بها السوق المستهدف في متتالية سلوك المستهلك هي التي ستحدد تركيز الخطة.

الوعي: يشير الوعي إلى التعرض المبدئي للسكان المستهدفين للمنتج أو الخدمة التي يتم تسويقها.

المعرفة: تشير المعرفة إلى الوقت الذي يصل فيه المستهلك المحتمل إلى فهم طبيعة المنتج أو الخدمة.

الإدراك: يتشكل الإدراك عند تكوين المستهلك لرأي تجاه المنتج أو الخدمة.

إمكانية الوصول للتعاقد: وتمثل إمكانية الوصول للتعاقد خطوة فريدة من نوعها في الرعاية الصحية، إذ إن العديد من الخدمات أو المنتجات لن يتم اعتبارها معروضة للبيع إذا كانت الشروط الواردة في الخطة التأمينية الخاصة بالمستهلك لا تغطيها.

الموقع: يمكن أن تصبح إتاحة الخدمة من الناحية الجغرافية عاملاً بمجرد أن يعبر المستهلك عن اهتمامه بالمنتج أو الخدمة.

التفضيل: تتشكل التفضيلات في المرحلة التي يعبر فيها المستهلك عن ميله لأحد أنواع المنتجات أو الخدمات (مثل تفضيل أخصائي معالجة القدم على جراح تقويم العظام) و/أو أن يقوم بالاختيار بين مقدمين متعددين للخدمة نفسها (مثل اختيار أخصائي معالجة القدم (س) بدلاً من أخصائي معالجة القدم (ص)).

الاختيار: وهذا هو وقت الاختيار وعنده يتخلص المستهلك من الخيارات الأخرى ويقرر شراء منتج محدد أو استخدام خدمة محددة.

الاســـتخدام: وعند هذه المرحلة يقوم المســـتهلك بشراء المنتج أو استخدام الخدمة بالفعل.

الارتياح: يبدي المســـتهلك بعد ذلك قدراً من الارتيـــاح والقبول للمنتج أو الخدمة وهذا الأمر يؤثر في الاستفادة المستقبلية.

الدعم: ســـوف تتسبب المبادرة التســـويقية الناجحة في النهاية في إيجاد مناصر للمنتج أو الخدمة، وبذلك فإن التأثير يمتد إلى المبادرة.

هناك بعدٌ آخر يخص المســـتهلك وله أهمية بالنســـبة للخطة التســـويقية وينطوي على الأسس التي يفرق المستهلكون بناءً عليها بين مختلف الخدمات والمنتجات المتاحة بالســـوق. وقد يُنظر إلى هذا باعتباره «أزرار ســـاخنة» يتصف بها السوق المستهدف. فمن المهم تحديد ما إذا كان جُل اهتمام الســـكان المستهدفين ينصب مثلاً على الجودة أو القيمـــة الخاصـــة بخدمة معينـــة أو هل الموقع هو الأكثر أهميـــة أم الملاءمة. وفي حالات أخرى، يمكن أن يشكل السعر عاملاً محدداً في سلوك المستهلك.

قد لا تكون أســـس التفريق واضحة من تجميع البيانات القاعدية، وهذه مرحلة قد يكون من الضروري إجراء أبحاث أولية فيها. وبغض النظر عما هو مطلوب من جهود، فهذه تُعد معلومات ضرورية. إن هذه المعرفة لن تشكل إستراتيجية التسويق فحسب، بل سيكون لها تأثيرات في تصميم المنتج أو الخدمة وتغليفها وتوزيعها وتسعيرها.

هنـــاك خاصيةٌ فريدةٌ أخرى للرعاية الصحية ولها تأثيرات في الخطة التســـويقية وهـــي حقيقة أن المســـتخدم النهائي لخدمـــة ما قد لا يكون الهـــدف النهائي للمبادرة التسويقية. وفي واقع الأمر حدد القائمون بتسويق الرعاية الصحية عدداً من الفئات الأخـــرى من الجمهور المســـتهدف الذين يمكـــن أن يكونوا أكثر أهمية من المســـتخدم النهائـــي. فعلى ســـبيل المثال، لقد تم تحديد عدة فئات مـــن ذوي التأثير الذين يمكن أن يشـــملوا أفراد العائلة والاستشـــاريين أو غير ذلك مـــن المهنيين الصحيين الآخرين والذين يشجعون المســـتهلكين على استخدام منتج معين أو خدمة معينة. يمكن النظر إلـــى الدور المنوط بحـــراس الأبواب ومنهم أطباء الرعايـــة الأولية والعاملين بالخطط ومخططـــي تخريج المرضى من المستشـــفى، وآخرين ممن بأيديهم مســـئولية تحديد مسارات المستهلكين تجاه خدمات معينة.

هناك فئة أخرى تشـــمل صناع القـــرار الذين يحددون الخيارات أمام المســـتهلك، ومنهم أفراد العائلة وأطباء الرعاية الأولية ومانحي الرعاية الذين يعملون بالنيابة عن

المستهلكين لعدة أسباب. وأخيراً، هناك فئة خاصة ممن يشترون خدمات الرعاية الصحية وتشمل أرباب العمل وتحالفات الأعمال والمجموعات الأخرى التي يمكن أن تتحكم بصورة غير مباشرة في سلوك المستهلكين من خلال تحديد الخدمات التي يمكن أو لا يمكن استخدامها.

التحليل التنافسي:

تأخذ عملية تحديد الموارد شكل التحليل التنافسي في عملية التخطيط التسويقي. وسينصب التركيز في العادة على المنظمات والخدمات التي من المرجح أن تكون في منافسة مع المنظمة التي تقوم بالتخطيط التسويقي.

في الحقيقة، تحدث المنافسة على مستويين في سوق الرعاية الصحية. فعلى مستوى تقديم الخدمات، يمثل محتوى الخدمات أساساً للمنافسة. أما على مستوى التسويق، تشكل القدرات الإدراكية المتواجدة لدى الجمهور المستهدف ساحة قتال أخرى للمنافسة. ونجد في العديد من الحالات أنه يتم شن الحرب للحصول على «قلوب وعقول» العملاء بصورة مستقلة عن الأنشطة التنافسية الأكثر واقعية.

سيكون استعراض المنشآت في التخطيط الإستراتيجي عادةً مقتصراً على تلك المنشآت التي تلائم المشروع بشكل مباشر. وقد تكون هناك منشأة تنافس من أجل خدمة محددة بشكل دقيق وتكون مهتمة فقط بتلك المنشآت التي تقدم هذه الخدمة. ومن ناحية أخرى، فإن التخطيط الإستراتيجي لمستشفى يقدم جميع الخدمات سيتطلب إجراء استعراض شامل للمنشآت. وهذا الأمر سيشتمل ليس على المستشفيات التي تنافس المنشأة فحسب ولكن على مجموعة متنوعة من المنظمات بخلاف المستشفيات التي تنافس في منطقة سوق محددة مع المستشفى.

سيتم اتباع النهج نفسه عندما يتعلق الأمر بالمنتجات والخدمات. كما ستكون البرامج والخدمات المتعين تحليلها عادةً هي التي تكون بمثابة مصادر قلق عاجلة للمنظمة. وكلما ازداد تعقد المنظمة وازدادت شمولية ما تقدمه من خدمات ازداد اتساع الشبكة التي سيتم رميها من حيث البرامج والخدمات المنافسة.

على الرغم من أن الميزة التنافسية من حيث التجهيزات لا يُنظر إليها عادةً بصفتها زاوية تسويقية، فهناك عدة أمثلة في مجال الرعاية الصحية التي تقوم فيها مستشفيات أو أية منشآت أخرى بالتنافس مباشرةً على أساس التكنولوجيا التي توفرها. إن كانت

تلك التكنولوجيات متشـــابهة أصبح التحدي التســـويقي يتمثل في كيفية التفرقة، على ســـبيل المثال، بين المستشفيات من حيث المقدرة على تكوين صورة لأنفسها. يمكن أن تكـــون التكنولوجيـــا فريدة بالفعل في بعض الحالات (كما لـــو أن المنظمة كانت الأولى في الحصول على أحدث طرق جراحات العيون باســـتخدام الليزر). سيكون الأسلوب التسويقي حينها مختلفاً عما إذا كانت التكنولوجيا متشابهة لدى الجميع.

نجـــد في كثير من الأحيان أن منظمات الرعايـــة الصحية، وخاصةً تلك التي تقدم الرعاية المباشـــرة للمرضى، تنجح أو تفشل استناداً إلى خصائص طاقم العمل لديها. ومن المؤكد أن صفات طاقم العمل في المنظمة ســـيتم عرضها عند إنشاء حملة لترويج صـــورة معينة للمنظمة. وحتـــى إذا كان الأمر يتعلق ببرنامـــج أو بخدمة معينين، فإن وجود طبيب مشـــهور أو توفر جراح شبكية العين الوحيد بالسوق يعد أساساً للتفرقة. ســـيرغب المخطط في تحديد عدد طاقم العمل بالمنظمة وأنواعهم وخصائصهم وذلك من أجل هذه الأهداف.

يجب أن يتضمن مخزون خدمات منطقة الســـوق اســـتعراضاً للشبكات والعلاقات القائمة داخل نظام التسليم. ويعد هذا الجانب من البحوث بمثابة تحد بشكل خاص، وذلـــك لأنه من غير المرجح أنه ســـتتواجد دلائل «للعلاقات» بالنســـبة للمجتمع. كما ازدادت أهمية وجود شـــبكات وعلاقات في وقت ظهرت فيـــه الرعاية المدارة والعقود الخاضعة للتفاوض في الخدمات الصحية.

هنـــاك جانب مهم لهذا التحليل ينطوي على علاقات الإحالة، إذ إن قدراً كبيراً من أبحاث خطة التســـويق ستركز على تحديد مصادر العملاء. يجب أن تتوصل البحوث إلـــى تحديد كل من المحيلين وغير المحيلين إلى البرنامـــج. كما ينبغي أن تحدد أنواع مصـــادر الإحالة الممكنـــة التي لم يتم التطرق إليها من قبـــل، إذ إن الاهتمام بعلاقات الإحالة يمثل أهمية بالغة بالنسبة لمعظم الخطط التسويقية.

جرد الموارد التسويقية:

تتضمن عمليـــة تجميع البيانات من أجل التخطيط التســـويقي على عنصر متعلق بالموارد التسويقية القائمة لدى المنظمة. وتدل هذه المعلومات على قاعدة الموارد التي يمكن أن يبني عليها المخطط التسويقي. ويشمل هذا المستودع المعلومات الخاصة بدور قســـم التسويق داخل المنظمة إلى جانب دوره فيما يتعلق بالخدمة أو المنتج المذكورين. ويجب أن يحدد التحليل أيضاً مســـتوى الخبرة التسويقية المتواجد بالمنظمة في الوقت

الحالي. كما أنه من الضروري أن يتم تحديد مدى إدماج التسويق في عمل المنظمة، كما أن هذه المعلومات تساعد على تحديد مدى تواجد «العقلية» التسويقية.

من الواضح أنه ينبغي على واضع الخطة أن يحدد ما إذا كانت هناك خطة تسويقية قائمة، وإذا كان الأمر كذلك، فما هي خصائصها. وفي الوقت نفسه، يجب التعرف على أي أنشطة تقييم تسويقية قائمة، إذ ينبغي تحديد طبيعة ومكان أي أنشطة تسويق. ومن المرجع أن يكون المخططون التسويقيون أكثر اهتماماً بقضايا التسويقي الداخلي عن غيرها من القضايا الأخرى.

وعي المستهلك:

تعد درجة وعي المستهلك تجاه المنظمة أو المنتج أو كلاهما محل الدراسة ذات أهمية خاصة في عملية التخطيط التسويقي. كما أن المعلومات الخاصة بوعي المنظمات المنافسة والإدراكات الخاصة بها وكذلك الخدمات والمنتجات الخاصة بها مهمة كذلك.

وهذا مجالٌ من المتوقع أن يحتوي على قليل من المعلومات ما لم يتم إجراء قدر كبير من أبحاث السوق. وفي الوضع المعتاد، سيكون من الضروري إجراء أبحاث أولية من أجل تحديد مدى تعرف المستهلكين على المنظمة أو منتجاتها وكذلك الصورة لدى المستهلكين ومستوى المعرفة والميل للاستفادة من الخدمات المتنوعة. كما يجب تجميع بيانات مماثلة حول إدراكات المستهلكين تجاه المنظمات المنافسة وما تقدمه من خدمات.

قد يكون من الضروري تكوين فهم لدرجة الوعي التي تتصف بها القطاعات المختلفة بالسوق. وقد يكون هناك مستوىً مرتفع من الوعي بين سكان منطقة السوق الذين لا يُتوقع أن يكونوا مستخدمين شرهين، في حين أن القطاعات ذات أكبر قدر من إمكانية اجتذاب العملاء قد تظهر مستوىً متدنياً من الوعي؛ لذا فمن المرجح أن يتطلب اكتساب هذا النوع من المعرفة أبحاثاً أولية.

تحليل الحصة السوقية:

إن الحصة السوقية الخاصة بالمنظمة أو بمنتج معين أو خدمة معينة ذات أهمية خاصة في عملية التخطيط التسويقي. فعلى الرغم من أنه قد يستدعي الأمر بذل بعض الجهد من أجل تحديد الحصة السوقية وثيقة الصلة في العديد من الاتجاهات،

فإن هذه المعلومات لا توجد مؤشـــراً للوضع الحالي للمنظمة أو الخدمة داخل الســـوق فحسب ولكنها أيضاً تعمل بمثابة أساس مهم لتقييم مدى نجاح مبادرة التسويق.

إذا كانت المنظمة محل التركيز في مبادرة التســـويق، فينبغي حينها تحديد الحصة الســـوقية التي تمتلكها المنظمة داخل منطقة الســـوق. ومـــن الممكن ألا تكون الحصة السوقية الكلية على القدر نفسه من أهمية الحصة السوقية الخاصة بخطوط الإنتاج المتنوعـــة أو المجالات المتخصصة. ومن المؤكد أن المخطط ســـيرغب في معرفة كيفية تقســـيم الحصة السوقية الكلية بين البرامج المتنوعة. وقد تكون معرفة أن المستشفى يستحوذ على (٢٥٪) من الحصة السوقية بعلاج المرضى داخل المستشفى داخل منطقة الســـوق أقل أهميـــةً من معرفة أن الحصة الســـوقية الخاصة بطب النســـاء والتوليد تصـــل إلى (٣٥٪) وتلك الخاصة بطب أمـــراض القلب تصل إلى (١٥٪). ويصعب من الناحية الواقعية تغيير الحصص الســـوقية الكلية الخاصة بالمستشـــفيات في أسواق طبية راسخة. وقد يكون من الأكثر منطقية حينئذ أن يتم التفكير من حيث الحصص السوقية التي تتصف بها البرامج التي تمثل العناصر الأساسية.

أمـــا إذا كان التركيـــز منصبـــاً على منتج معـــين أو خدمة معينة فمـــن الواضح أن المخطط ســـيرغب في تحديد الحصة الســـوقية الخاصة بذلك المنتج أو تلك الخدمة. فإذا كانت خط الخدمة هي جراحة المرضى الخارجيين، فإن الخطوة الأولى تتمثل في تحديد مدى تحكم مركز الجراحة في الســـوق. ويمكن القول مجدداً أنه قد يكون من الضروري أن يتم التقسيم إلى الإجراءات المكونة، إذ إن العدد الكلي لجراحات المرضى الخارجيين قد لا يكون ذا معنى.

عندمـــا يتعلق الأمر بمؤسســـات قومية، فمن المرجح أنـــه يمكن تحديد الحصص السوقية التي تستحوذ عليها بسهولة، إذ إنه يتم تتبع حجم مبيعات الأدوية والإمدادات الطبية والمعدات عن قرب، كما يُتوقع أن تكون البيانات الخاصة بالحصص الســـوقية متاحـــة بالفعـــل. إلا أن تحديد الحصة التي تخص منتجاً أو خدمة ما على المســـتوى المحلي قد يمثل تحدياً.

وعلى الرغم من وجود صعوبات، إلا إنه يتعين تحديد الحصة السوقية لأقصى حد ممكن. وقد يتطلب هذا إجراء بعض البحوث الأولية، أو على الأقل وجود بعض الإبداع في التعامل مع البيانات المتاحة من أجل الحصول على المعلومات الضرورية. إن حقيقة أن الحصة السوقية يُرجح أن تمثل معياراً مهماً في تحديد فعالية خطة التسويق تجعل

من الضروري بذل كل الجهد من أجل إيجاد حصة سوقية قاعدية وتتبعها خلال مسار الحملة التسويقية.

يمكن تشبيه تحليل الحصص السوقية بتحليل الفجوات الذي يتم في التخطيط على نطاق المجتمع والتخطيط الإستراتيجي. تمثل «الفجوة» الفارق بين الحصة السوقية التي تستحوذ عليها المنظمة أو يستحوذ عليها المنتج وبين السوق أو الحجم الكليين لذلك المنتج. وبالتالي، فإن الحصة السوقية البالغة (٢٥٪) تشير إلى أن المنظمة تخفق في اجتذاب (٧٥٪) من الأعمال المحتملة؛ لذا يصبح من الضروري تحليل نسبة الخمسة والسبعون بالمائة من أجل تحديد كيفية تقسيم باقي السوق. فإذا كانت نسبة الخمسة والسبعون بالمائة يتحكم فيها منافس واحد، فسيكون النهج التسويقي كثير الاختلاف عما هو الأمر إذا تقسمت هذه النسبة بين عدد من المنظمات الصغيرة. هناك مواضع اعتبار أخرى ومنها ما إذا كان المنافسون يتمثلون في فاعلين محليين صغار أو مؤسسات قومية كبيرة. وهل هؤلاء المنافسون منظمات متأصلة أو فاعلين جدد بالسوق؟

تقرير حالة السوق:

عند هذه المرحلة من العملية، يكون من المفيد عادةً تقديم تقرير عن حالة السوق. ستتوقف طبيعة هذا التقرير على العديد من القضايا التي أثيرت من قبل، بما في ذلك ما إذا كان ما يتم تسويقه منظمة أم منتجاً، وما إذا كان منتجاً جديداً يتم طرحه أو منتجاً قديماً يتم إحياؤه، وما إذا كان ما يتم استهدافه هم عملاء حاليين أو عملاء جدد.

ينبغي أن يتضمن تقرير حالة السوق الأقسام التالية والتي تلخص تجميع البيانات حتى هذه المرحلة:

- الاتجاهات الكلية للصناعة/المنتج.
- ترسيم منطقة السوق.
- الصورة العامة عن سكان منطقة السوق.
- الخصائص الصحية لسكان منطقة السوق.
- الوضع الحالي للمنظمة/المنتج.
- الموقف التنافسي والحصة السوقية.
- التطورات المستقبلية المحتملة.

ينبغي أن يشمل تقرير الحالة هذا نقاط القوة ونقاط الضعف والفرص والتهديدات التي يتم التعرف عليها خلال التحليل. كما ينبغي أن يتضمن «بيان القضايا» استناداً إلى نتائج التحليل حتى هذه المرحلة. وهذه أيضاً المرحلة التي يتم فيها إعادة دراسة بيان الرسالة والافتراضات الأصلية وذلك من أجل التأكد من أن اتجاه التسويق يتفق مع هدف المنظمة.

هذه فرصة للوصف الصريح لحالة السوق ووضع المنظمة بداخله. وهذا الأمر يتيح وسيلة لجعل جميع الأطراف على المنوال نفسه وللتأكيد على الافتراضات، ويجب أن يكون هذا بمثابة نقطة الانطلاق للقيام بتطوير الخطة بعد ذلك.

تطوير الإستراتيجيات:

إن الإستراتيجيات تمهد الطريق لأنشطة التخطيط اللاحقة كما تضع الحدود التي ينبغي على المخطط العمل داخلها. كما أن الإستراتيجية التي يتم اختيارها ستؤثر في طبيعة الخطة التي سيتم تكوينها في نهاية الأمر.

إن عملية تطوير إستراتيجيات لخطط التسويق تختلف عادةً عن أنواع الخطط الأخرى من حيث إن التركيز قد يكون أكثر تحديداً مما هو الأمر في أي خطة إستراتيجية. إلا أن من المرجح أنه يمكن صياغة النهج العام من حيث مبادرة تعليمية أو علاقات عامة بدلاً من أسلوب دعائي أو أسلوب البيع الناعم في مقابل البيع الصلب، وهكذا.

ستقوم الإستراتيجية المستخدمة في مبادرة تسويقية عادةً بدعم بيان الرسالة الخاص بالمنظمة، كما سيعكس الإستراتيجيات التي تجسمها الخطة الإستراتيجية الخاصة بالمنظمة. ولهذا، فإذا كانت إستراتيجية المنظمة تنطوي على جعلها تظهر بأنها المنظمة «الراعية»، فيجب أن تدعم مبادرات التسويق هذا النهج. وبالطبع فهناك مناسبات يستدعي فيها أحد الاتجاهات التسويقية المحددة البعد عن نهج متأصل. فعلى سبيل المثال، قد يكون هناك مستشفى يشعر بالرضا بأن يعيش في ظل مستشفى منافس أكثر قوة، كما أنه يحرص على أن يكون في المرتبة الثانية، إلا أنه قد يطور برنامجاً عالمياً في مجال محدد ويقرر أن يتبع نهجاً أكثر جرأة في تسويق هذه الخدمة من المنظمة بشكل عام.

تطوير خطة التسويق:

إن مـــا بُذل من جهد وصولاً إلى هذه المرحلة يعد أساســاً للتطوير الفعلي للخطة. فإذا ما تم القيام بالعمل الأولي بصورة صحيحة، فســتمر عملية التخطيط بيسر على الأقل من الناحية التقنية.

تحديد الأهداف العامة Goals:

ينبغــي أن يعكس الهــدف أو الأهداف التي توضع لخطة التســويق المعلومات التي قدمها تقرير حالة الســوق. وكما هو الأمر في أنشــطة التخطيط الأخرى، يجب أن يكون الهدف متوافقاً مع بيان رسالة المنظمة.

يتوقــف عدد الأهداف الواجب وضعها على مــدى تعقد المنظمة وحجمها، وكذلك على طبيعة القضايا المطروحة ونوع التخطيط الجاري عمله. فإن كان التركيز محدداً، فقــد يكون وجود هدف واحد أمراً مناســباً. ومن ناحية أخــرى، يكون وضع أهداف متعددة أمراً ضرورياً في العديد من منظمات الرعاية الصحية التي تتصف بالتعقيد.

ســيتم بيان الهدف من وراء خطة التســويق على مثل هذا النحو: جعل المستشفى (س) أول ما يأتي على الخاطر في منطقة الســوق. ويمكن أن يكون الهدف في حالة مبــادرة مكيفة وفقاً لخدمة ما علــى هذا النحو: اقتناص الســوق المتخصص للطب المهني.

تحديد الأهداف الفرعية Objectives:

يمكــن تحديد عدد من الأهداف لكل هدف، وذلك لأنه من المرجح ســيتعين وجود مبادرات علــى عدد من الجبهات المختلفة وذلك من أجل الوصول إلى الهدف المحدد. ويتم بيان أهداف التسويق كما يلي: سيتم زيادة نسبة السكان الذين يجعلون في مقدمة تفكيرهم المستشــفى «س» من (١٠٪) إلى (٢٥٪) في غضون ســتة أشهر (وذلك لدعم الهدف المقرر والمتمثل في جعل المستشفى «س» هو الأول من حيث تفكير المجتمع)، أو بالنســبة لتسويق الخدمات، فسيحقق البرنامج العلاجي (٢٥٪) من السوق في غضون ستة أشهر.

ويمكن أن تنشــأ العوائق أمام أهداف التســويق لعدة أسباب. وهناك بعض أنواع العوائق التي ينفرد بها التخطيط التســويقي بشــكل أكبر أو أقل. فعلى سبيل المثال، قــد تكون هناك اعتبارات أخلاقية أو قانونية مرتبطة ببعض أنواع التســويق، بما في

ذلــك الاتجاهات التي يمكن أنٍ تكــون فيها الإعلانات محظــورة لبعض العاملين في الصناعة الصحية. هناك أيضاً مســائل تتعلق بمدى ملاءمة وذوق التسويق وهي أمور يجب وضعها في الحســبان. ويمكن أن يُعثر مثلاً على أن المســتوى التعليمي للجمهور المســتهدف يعــد عائقاً أمام طرح إجراء تقني حديــث أو أن العامة يعتبرون أي إجراء جديد أنه «تجريبي» وهو ما يجعل المرضى المحتملين تنتابهم الهواجس.

تحديد أولويات الأهداف الفرعية:

قــد لا تكون عملية تحديد أولوية الأهداف الفرعية على القدر نفســه من الأهمية في التخطيط التســويقي كما هو الأمر في أنواع التخطيط الأخرى. إلا أنه يجب أن يكون هناك بعض من الإجماع قبل ذلك حول العملية من أجل دراسة الأولويات بصورة منظمــة إذا تطلــب الأمر ذلك. إن التحدي يتمثل في تحديد المعايير الأكثر أهمية في البداية.

هناك أســلوب يمكن استخدامه من أجل إعطاء الأولوية للأهداف الخاصة بخطة التســويق ويتضمن العناصر الأربعة التقليدية الخاصة بالتســويق والمتمثلة في: المنتج والســعر والمكان والترويج. قد يتم اتخاذ قرار على ســبيل المثال بأن يتم التركيز على المنتج في المبادرة التســويقية، وذلك على حساب السعر والمكان والترويج. ولهذا، فإن الأهداف التي تكون الأكثر اتصالاً مباشــراً بالترويج لخصائص المنتج هي التي ســيتم التأكيد عليها. أو قد يكون من المناســب اســتغلال الميزة الســعرية للمنتج، وبهذا يتم تشجيع التأكيد على الأهداف التي تركز على البعد الخاص بالسعر.

تحديد الإجراءات:

تتمثل الخطوة التالية في عملية التخطيط التســويقي في تحديد الإجراءات التي ســتتم. إن إيضاح ما يتعين القيام به يختلف عن تحديد كيفية تشــغيله؛ لذا فهناك مجموعــة من الإجراءات التي يجــب تحديدها لكل من الأهــداف التي تم تعريفها. وتأخذ هذه الإجراءات نطاقاً عريضاً من الأشكال، بدءاً من التأكد من أن أجرة البريد متاحة لدعم مبادرة البريد المباشــر وحتى تعيين متحدث معروف وسيلة للوصول إلى الهدف.

إذا كان هدف الممارســة الطبية التخصصية يتمثل في زيادة الوعي ببرنامج الطب الرياضي الحديث لديها على سبيل المثال، فيتعين حينها إجراء عدد من الإجراءات التي

قد تتضمن: اختيار مؤسسة دعاية، وتخصيص الأموال من أجل التسويق، و«تغليف» البرنامج، والتواصل مع القائمين بالإحالة، وهكذا. هناك العديد من هذه الإجراءات التي تنطوي على تسلسل معين، وهذه هي النقطة التي يمكن عندها تنقيح خطة المشروع الأصلية بشكل أكبر وذلك من أجل تحديد تسلسل الخطوات الإجرائية.

قد تكون الخطوات الإجرائية التي تم تطويرها لخطة التسويق أكثر معيارية من تلك الخاصة بأنواع الخطط الأخرى. كما أنه من المرجح أن تكون المبادرات التسويقية قائمة بالفعل (على العكس من الخطة الإستراتيجية التي يتم عملها للمرة الأولى) ويمكن للمنظمة القيام بمثلٍ هذا النوع من النشاط بشكل متكرر. ومن المتوقع أن يكون قد تشكل فيما قبل فهماً معقولاً لمتطلبات الموارد، كما يمكن أن تكون هناك موارد متواجدة يمكن إعادة توجيهها إلى مبادرة التخطيط.

تنفيذ خطة التسويق:

إن التخطيط في النهاية ما هو إلا بمثابة تمرين، ولو أنه تمرينٌ ذو معنى. وتأتي المكافأة عند تنفيذ الخطة، إذ إن عملية التخطيط تنشئ خارطة طريق يتعين على المنظمة أن تتبعها لكي تصل إلى مقصدها؛ لذا، يمكن القول وإلى حد ما أن التخطيط كلام والتنفيذ أفعال.

إن واضعي الخطط التسويقية لديهم ميزة تتمثل في أن الانتقال من التخطيط إلى التنفيذ من المرجح أن يكون أيسر مما هو الأمر في أنواع التخطيط الأخرى. كما أنه من المرجح أن تكون الأطراف نفسها مشتركين في كل من النشاطين. وهذا هو العكس من التخطيط الإستراتيجي مثلاً الذي يقوم فيه فريق التخطيط بنقل المسئولية إلى الإدارة بمجرد تكوين الخطة.

خطوات التنفيذ:

لكي يتم التعامل مع عملية تنفيذ الخطة بصورة منظمة، من الضروري تكوين خطة مشروع مفصلة إلى جانب مصفوفة تنفيذ. وقد تمت مناقشة خطة المشروع في مواضع أخرى، كما أنه من المرجح أن تكون الطرق المعيارية مطبقة من أجل تنفيذ خطة التسويق.

يجب أن تدرج مصفوفة التنفيذ كل إجراء تتطلبه الخطة، إلى جانب تقسيم كل إجراء، إلى مهام إن أمكن. كما يجب تحديد الطرف المسئول لكل إجراء أو مهمة،

إلى جانب تحديد أي أطراف ثانوية يجب ضمها في هذا النشـــاط. ويجب أن توضح المصفوفة متطلبات الموارد (من حيث الوقت المتطلب لطاقم العمل، والأموال والمتطلبات الأخرى). ويجب تحديد مواعيد البدء في هذا النشاط والانتهاء منه. ويجب تحديد أي متطلبات أساســية لإنجاز هــذه المهمة في البداية (وضمها في خطة المشـــروع). وأخيـــراً، قد ينبغي بيان بعض المعايير التي تســـمح لفريـــق التخطيط بتحديد موعد اكتمال النشاط. (انظر الفصل السادس، إذ يحتوي على مثال لمصفوفة التنفيذ).

ينبغي دمج متطلبات الموارد من مصفوفة التنفيذ من أجل تحديد إجمالي متطلبات موارد المشـــروع. وعند اكتمال هذه العملية، ســـيتم تحديد إجمالـــي متطلبات الموارد الخاصـــة بالمشـــروع للمرة الأولى. وقد تكون هناك حاجة إلـــى التعامل مع مدى هذه المتطلبات فيما يتعلق بالتمويلات المتاحة وأي قيود مالية أخرى.

ونجد في التسويق أن هناك أساليب متأصلة فيما يتعلق بتنفيذ الخطة التسويقية. وتشمل الأســـاليب المختلفة التي يمكن الاستفادة منها في الدعاية، وأنشطة العلاقات العامة، وأنشطة الوصول للمجتمع بخدمات مجددة وغير ذلك. وقد تركز خطة التنفيذ على حملة دعاية تقليدية مصحوبة بإعلانات مكثفة، كما يمكن أن تركز على التســـويق المباشـــر. ومن ناحية أخرى، قد يكون التســـويق الداخلي أكثر الأساليب تأثيراً. وإذا ما تم اختيار أسلوب يرتكز على وسيلة إعلام ما يصبح نوع وسيلة الإعلام المستخدمة بمثابة قضية بالنســـبة لخطة التنفيذ. وتكون طبيعة مبادرة التســـويق هي التي تحدد الأساليب المستخدمة.

خطة التقييم:

في حين أن عملية التقييم مهمة لجميع أنواع عمليات التخطيط، فإنها مهمة كذلك وبشـــكل خاص بالنسبة للتخطيط التســـويقي. وبما أن أهداف عملية التسويق تكون مركزة عادةً، فإن قياسات كفاءة التسويق ضرورية ويسهل القيام بها.

تركز أســـاليب التقييم على نوعين من التحليل: تحليل العملية (التحليل التكويني) وتحليل النتائج (التحليل التجميعي). ولكل من هذين النوعين دور في المشروع. وتبرز أهميـــة تقييم النتائج في عملية التخطيط التســـويقي. فيجـــب قياس أي تغيرات في الصورة أو كمية المبيعات، كما أنه من المرجح أن يتم حساب نجاح المشروع وفق شروط أكثر تحديداً من أنواع التخطيط الأخرى.

وعلى الرغم من أنه يتم الثناء عادةً على أساليب التقييم لحياديتها النهائية، فإنها تكون نافعة أيضاً في مجال الرعاية الصحية، إذ لا يكون من الممكن وضع قيمة دولار في أي شيء. ولهذا، يجب أن يضع تحليل كفاءة التكلفة في اعتباره الجوانب غير المحسوسة لعملية تقديم الخدمات في تقييمه.

المراجعة وإعادة التخطيط:

وكما لاحظنا من قبل، فإنه ليس من المرجح أن تكتمل خطةٌ ما دون أن يتم تعديلها لسبب أو آخر. ولهذا فإن هذا النوع من المراجعة أثناء عمل الخطة يعد أمراً حتمياً في بيئة سريعة التغير. وفي نهاية فترة التخطيط، لابد من إعادة النظر في الخصائص الداخلية للمنظمة والبيئة الخارجية. ما التطورات التي حدثت فيما بعد والتي ستؤثر في الخطة أو في تنفيذ بنودها؟ ما الإجراءات التي تم اتخاذها من أجل دعم الخطة والتي لم تكن توضع في الحسبان؟ هل كانت هناك تطورات تؤثر في متطلبات الموارد؟ هل الإجراءات من جانب المنافسين قد أثرت في «التوازن الإستراتيجي»؟

يجب مراجعة الأسلوب التسويقي المختار وذلك من أجل تحديد ما إذا كان ما يزال الأفضل من ناحية التغيرات المحتملة في البيئة. كما يجب إعادة النظر في الأهداف العامة والأهداف المحددة للتأكد من أنها ما تزال مناسبة في ضوء أي تغيرات في البيئة الداخلية أو الخارجية.

المراجع:

- Hillestad, S.G., and Eric N. Berkowitz (1991). Health Care Marketing Plans. Gaithersburg, MD: Aspen Publishers.

مصادر إضافية:

- Bashe, Gil, and Nancy Hicks (2000). Branding Health Services. Gaithersburg, MD: Aspen. Berkowitz, Eric N. (1996). Essentials of Health Care Marketing. Gaithersburg, MD: Aspen Publishers.
- Berkowitz, Eric N., Pol, Louis G., and Richard K. Thomas (1997). Healthcare Market Research. Burr Ridge, IL: Irwin Professional Publishing.
- Kotler, Philip, and Gary Armstrong (2000). Marketing: An Introduction. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Rogers, Stuart C., and Richard H. Thompson, Jr. (1992). The Medical Marketing Plan. Burr Ridge, IL: Irwin Professional Publishers.
- Rynne, Terrence J. (1995). Healthcare Marketing in Transition. Burr Ridge, IL: Irwin Professional Publishing.
- Siegel, Michael, and M. Doner (1998). Marketing Public Health. Gaithersburg, MD: Aspen.
- Wayne, James A. (1998). Strategic Marketing of Your Long-Term Care Facility: A How-To Approach. Spring field, IL: Charles C. Thomas Publishers.

الفصل العاشر
تخطيط الأعمال

مقدمة:

يُعد تخطيط الأعمال نشـاطاً متأصلاً في الصناعات الأخرى ولكنه نشاطاً جديداً نسـبياً في صناعة الرعاية الصحية. فقد تم إدخـال تخطيط الأعمال في منظمات الرعاية الصحية في ثمانينيات القرن العشرين عندما كان يتم تحويل الصناعة الصحية إلى شـكلها «الحديث». ونظراً لازدياد المنافسـة وزيادة تقلبات البيئة، فقد لزم على منظمـات الرعاية الصحية أن تتصرف مثل منظمات الأعمال، وهو ما كان يعني تبني ممارسات الأعمال التي كانت شائعة لمدة طويلة في الصناعات الأخرى.

كما وجد اعتماد أسـاليب تخطيط الأعمال دفعة قوية نتيجة لدخول رواد الأعمال من القطاعات الأخرى في مجال الرعاية الصحية خلال الفترة نفسها. ولم يكن هؤلاء القادمون الجدد علـى دراية كبيرة بالرعاية الصحية، ولكنهم كانوا يعرفون الكثير عن مجال الأعمال. ووجد مديرو الرعاية الصحية من أصحاب الأساليب القديمة أنفسهم في مواجهة غير عادلة مع هؤلاء المنافسين الجدد، وكان عليهم اعتماد مبادئ تخطيط للأعمال من أجل الاستمرار في المنافسة.

يمكن تعريف تخطيط الأعمال وببسـاطة بأنها التطويـر المنهجي لخطة ما لتلبية هـدف محدد للأعمال. وتحدد خطة الأعمال الخطوط العريضة لتطوير مشـروع أو عمل من حيث قدرته على تحقيق الأرباح. فتصف الخطة التسـاؤلات المتعلقة بالعمل مثـل: ماذا ومتى ومن وأين ولماذا وكيـف الخاصة بالأعمال. فإذا كانت الخطة تتعلق بعمل جديد أو خدمة جديدة، فينبغي أن تصف العملية التي يتعين اتباعها في تأسيس العمل أو الخدمة. وإذا كانت الخطة تتعلق بعمل قائم، فإنها تسـتعرض تاريخ المنظمة والطريقة التي سيتم بها تطوير العمل في المستقبل.

طبيعة تخطيط الأعمال:

في حين أن خطة الأعمال لها هدفٌ محددٌ كما هو واضح من تعريفها، يزداد النظر إليها باعتبارها أداة للتحليل والإدارة. وهل هناك طريقة لتقييم «صحة» عمل شخص مـا أفضل من العمل من خـلال تخطيط الأعمال؟. وهل هنـاك طريقة أفضل لفهم

القضايا المتعلقة بإدارة العملية من فهمهما من خلال دراسة ذلك في سياق تخطيط الأعمال؟ وتتيح عملية تخطيط الأعمال الانضباط والتفكير المنطقي اللازمين للمضي قدماً في الأعمال، هذا بالإضافة إلى وضع خارطة طريق من أجل الوصول إلى تطوير فعال للأعمال.

وينبغي وضع خطة الأعمال في إطار الخطة الإستراتيجية للمنظمة. كما يجب أن تدعم أهداف خطة الأعمال أهداف الخطة الإستراتيجية وأن تكون متواكبة مع رسالة المنظمة وأهدافها الأوسع. كما ينبغي التنسيق بشأنها مع الأنواع الأخرى من التخطيط التي تقوم بها المنظمة.

يمكن تمييز خطة الأعمال عن الخطط الإستراتيجية وخطط التسويق من جانب مهم. فخطة الأعمال محافظة بطبيعتها، حتى لو كانت تتعامل مع خدمة أو منتج مبتكر، في حين أنه ينبغي أن تكون الخطة الإستراتيجية ذات رؤيا وأن تكون الخطة التسويقية مبدعة، لا يتم التشجيع على هذه الصفات في خطة الأعمال. فالتوجه الرئيسي يستدعي اتباع نهج محافظ.

تتميز خطة الأعمال عن التخطيط الإستراتيجي من حيث إن الهدف من الخطة يكون عادة مفروضاً سلفاً. وقد يبدأ فريق التخطيط في حالة التخطيط الإستراتيجي بصفحة بيضاء ويتم من خلال تفاعل المشاركين وضع جدول أعمال للتخطيط. وهناك في أغلب الحالات القليل من الأفكار التي يتم تبنيها بشكل مسبق بشأن التوجه الإستراتيجي الذي سوف تنتهجه المنظمة. أما خطة الأعمال فيتم صياغتها بشكل عام لدعم فكرة أعمال ما تم تصورها بالفعل وتحتاج الآن إلى تفعيل إجرائي لتنفيذها.

وهذا يعني أن خطة الأعمال جامدة نسبياً مقارنة ببعض الخطط الأخرى. ومع ذلك، يمكن للخطط أن تذهب بعيداً فقط في تخمين التطورات غير المتوقعة والظروف التي لا يمكن السيطرة عليها والتعقيدات الأخرى في السوق. ولكن ينبغي أن تراعي خطة الأعمال مثلها مثل كل الخطط الأخرى التطورات المحتملة التي قد تتطلب تصحيحات في منتصف الطريق. وينبغي أن تتمتع بالمرونة للتكيف مع الظروف المتغيرة دون إغفال الهدف من الأعمال.

ونادراً ما يتم تطبيق تخطيط الأعمال في عملية التخطيط على نطاق المجتمع. فطبيعة التخطيط على نطاق المجتمع لا تصلح لهذا النهج. ومع ذلك، ينبغي تشجيع منظمات الرعاية الصحية داخل المجتمع على تبني مبادئ تخطيط الأعمال في جهودها الرامية إلى الإسهام في تحقيق أهداف الخطة على نطاق المجتمع.

متى ينبغي وضع خطة الأعمال؟

من الصعب تصور أي منظمة للرعاية الصحية تعمل في البيئة الحالية دون أن تضع خطة أعمال من نوع ما. وبغض النظر عن الوضع التنافسي أو مرحلة تطور المنظمة، يجب أن يكون لمنظمة الرعاية الصحية خطة أعمال لتوجيه أفعالها. وتقوم الخطة بتعريف المنظمة من حيث بيئتها ومنافسيها. فهي تضع الأهداف العامة للتخطيط وتقدم السياق الذي يمكن أن تتم فيه عملية صنع القرار.

وخطة الأعمال ضرورية في أي وقت توجد فيه حاجة لتحليل أعمال قائمة وتحديد اتجاهها المستقبلي. كما ينبغي وضع خطة كلما تم اتخاذ قرار يؤثر في الأعمال. وقد ينطوي هذا على إضافة خدمة جديدة وطرح منتج جديد وإحداث تغييرات في طاقم العمل وغيرها من الإجراءات.

ومن المؤكد أن أي جهد يتم بذله في بدء مشروع جديد يتطلب خطة أعمال. وهذا الأمر صحيحاً وخصوصاً إذا كان المشروع يمثل شركة مبتدئة جديدة ليس لها تاريخ لإرشادها. وحتى لو تم إطلاق المشروع الجديد ضمن إطار قائم، تكون خطة الأعمال للمكون الجديد أمراً ضرورياً.

يتم عادةً وضع خطط الأعمال إما للجمهور الداخلي أو للجمهور الخارجي. ويتم في كثير من الأحيان وضع خطط الأعمال للمنظمات القائمة على أنه دليل للاتجاه الكلي للمنظمة أو لصالح بعض الوحدات الفرعية. وإذا قامت المنظمة بعمل تصور لخدمة أو منتج جديدين فقد يتم وضع خطة أعمال لتبرير الشروع في هذا الخط الجديد.

تسعى منظمات الرعاية الصحية بشكل متزايد إلى الحصول على تمويل خارجي لتطوير الأعمال. وربما يأتي هذا التمويل من مصادر استثمار تقليدية أو أصحاب رؤوس أموال مخاطرة أو حتى من مؤسسات. كما قد تسعى هذه المنظمات إلى الحصول على أموال من جهات مانحة رئيسية. ولكن من المهم في كل حالة وجود خطة أعمال مدروسة بشكل جيد تُقدم إلى مصدر التمويل.

لماذا تختلف الرعاية الصحية:

أشارت كل مناقشة للتخطيط حتى الآن إلى تفرد قطاع الرعاية الصحية. فقد يكون تخطيط الأعمال وضعاً تكون فيه الرعاية الصحية الأكثر تفرداً، وهي فريدة من نوعها في جوانب كثيرة. ومن المرجح أن تكون رسالة منظمة الرعاية الصحية مختلفة تماماً عن تلك الخاصة بالمنظمات في صناعات أخرى تخضع لأنشطة تخطيط أعمال

أخـــرى. وقد تؤكد الرســـالة التوجه الخيري أو الخدمـــي للمنظمة، بدلاً من الاهتمام الرئيســـي بالأرباح. ومن المرجح أيضاً أن تكون الرسالة أكثر انتشاراً عن تلك بالنسبة للمنظمات في صناعات أخرى. فرســـالة «تحسين الحالة الصحية للمجتمع» مختلفة كثيراً عن الرسالات ذات التوجه الرئيسي لمعظم الشركات في الصناعات الأخرى.

ومن المرجح أن تكون أهداف منظمة الرعاية الصحية أكثر تنوعاً من تلك الخاصة بنظيراتها في الصناعات الأخرى. فيعد المستشـــفى مـــع عدد لا يحصى من وظائفه ومصالحـــه مثالاً للمنظمة متعددة الأهـــداف. فخطة الأعمال لمنظمة ما بهذا التعقيد ينبغـــي أن تتمكن مـــن أن تأخذ فـــي الاعتبار مجموعة واســـعة من وجهـــات النظر، وخاصة عندما يكون القليل من مكونات المنظمة قد تم إنشـــاؤه بالتركيز على المحصلة النهائية.

عـــادة ما تكون دوائـــر منظمات الرعاية الصحية مختلفـــة تماماً عن تلك الخاصة بالصناعات الأخرى. ورغم ازدياد عدد منظمات الرعاية الصحية التي يجب أن تكون مســـئولة أمام المستفيدين، فإن أغلبها أكثر عرضة للمســـاءلة بشكل مباشر من أنواع أخرى للعناصر ذات المصلحة. فالمستشفى العام (بالقطاع العام) قد يكون ملزماً بتلبية احتياجات السياســـيين وجماعات مصالح المســـتهلكين والمصالح الخاصة في الوسط الطبي وغيرها من الكيانات الأخرى. والمستشفى التابع لدور العبادة فلا يقتصر الأمر علـــى مجلس إدارة فقط تقدم تقاريـــر له، ولكنها قد تكون مســـاءلة أيضاً أمام قيادة الطائفة الدينية.

إن منظمـــات الرعايـــة الصحية مختلفـــة، إذ إنه «يُطلب» منها بشـــكل أو بآخر أن تقدم خدمات شـــاملة. ويمكن ببســـاطة في المجالات الأخرى التخلص من خط إنتاج غير مربح. ولكن المستشـــفيات ومنظمات الرعاية الصحية الأخرى قد تستشـــعر مع ذلك أنها لا يمكن أن تتنافس بشـــكل متساو ما لم تكن شاملة من حيث الخدمات التي تقدمها. وربما يتســـبب إسقاط المستشفى لقسم ولادة غير مربحة في آثار سلبية في الجوانب الأخرى من التشـــغيل. وربما تُلزم لوائح الولاية في الواقع بتشـــغيل القســـم وربمـــا لا يكون التخلص منها خياراً وارداً. وفي نهاية المطاف ما تزال صناعة الرعاية الصحية غير هادفة للربح في المقام الأول من حيث توجهها. فهدفها الرئيسي تقديم خدمة يحتاجها المجتمع أو لســـد فجوة تكمل خدمـــات المنظمة. وإذا كان خط العمل مربحاً، فيعتبر هذا ميزة إضافيةً. فلا توجد صناعة أخرى تدخل فيها منظمة ما في مشروع تجاري وهي تعلم أنه لن يكون مربحاً.

ويعكس هذا الوضع، من بين أمور أخرى، الجوانب غير الملموسة المتعلقة بتقديم الخدمات الصحية. وليس القصد في كثير من الحالات هو تحقيق ربح من العمل المحدد ولكن يتمثل في استخدام خط خدمة ما لدعم جوانب أخرى من التشغيل. وقد يكون أفضل مثال على ذلك إنشاء شبكة عيادات رعاية عاجلة من شأنها أن تكون مربحة بشكل هامشي في أحسن الأحوال، مع العلم بأنه سيتم تحويل (٢٠٪) من المرضى إلى الأخصائيين بالمنظمة وينتهي الأمر بدخول (٢٠٪) من هؤلاء إلى منشأة مرضى داخليين تابعة للمنظمة. وتعد الفوائد غير المباشرة في هذه الحالة أكثر أهمية من أي أرباح قد يتم الحصول عليها مباشرة من تشغيل مراكز الرعاية العاجلة.

الخبرة المطلوبة:

ومع أن بعض الخبرات الضرورية لتطوير خطة الأعمال ستكون متاحة من الداخل بالنسبة لمنظمات الرعاية الصحية الكبرى، فلا يتمتع العديد من المشاريع الصغيرة بالقدرات المطلوبة، ورغم أن جوانب كثيرة من عملية تجميع البيانات تشبه تلك الخاصة بأنواع أخرى من التخطيط، يتطلب تخطيط الأعمال الكثير من التفصيل حول الجوانب المالية للتشغيل. ويعني هذا أن المخططين ينبغي أن يكونوا على دراية بالأسئلة الصحيحة التي ينبغي طرحها، ومن ثم معرفة كيفية تفسير المعلومات التي يتم توليدها.

كذلك فإن تخطيط الأعمال مختلف، إذ إنه بمجرد جمع البيانات المالية ينبغي تحويل هذه المعلومات إلى بيانات شكلية وأخرى مالية تصف الاتجاه المستقبلي المرجح لمبادرة الأعمال. ويتطلب هذا مستوى معيناً من المهارة التي قد لا تكون متاحة بسهولة في جميع المنظمات. هناك العديد من مصادر المساعدة في وضع البيانات المالية، والخبرة الخارجية قد تكون مطلوبة لوضع خطة فعالة.

التنظيم لتخطيط الأعمال:

ربما تكون خطة الأعمال أكثر الخطط المذكورة في هذا الكتاب على المستوى الفني. وقد تكون الأوضح في الوقت ذاته، فمكونات الخطة موحدة بشكل كبير ويمكن اختزال كثير من العملية إلى صيغة ما. وتم في الواقع تطوير برامج كمبيوتر لدعم تخطيط الأعمال أكثر من أنواع التخطيط الأخرى.

ينبغي أن تكون خطة الأعمال أداة لتحديد اتجاه الشركة على مدى السنوات القليلة القادمة، وأن تبين خطوات العمل والعمليات اللازمة لتوجيه الشركة خلال هذه الفترة.

ويمكن للمنظمة مع وجود خطة مدروســة بشــكل جيد أن تتوقع بشكل أفضل حالات الأزمات المستقبلية وأن تتعامل معها بشكل استباقي.

التخطيط لعملية التخطيط:

يختلــف التخطيط لعملية التخطيط إلى حد ما عن خطة الأعمال بالنســبة لمعظم أنواع التخطيط الأخرى. وتشتمل المرحلة التنظيمية بصفة عامة على تحديد وتجنيد مختلف الأطراف المناسبة واللازمة لتكوين خطة ما. وفي حالة خطة الأعمال سيكون قد تم تحديد الهدف النهائي قبل الشروع في عملية التخطيط، وفي حين أنه قد يطرح المخطط الإستراتيجي هذا السؤال «ماذا نريد من المنظمة أن تكون بعد خمس سنوات من الآن؟»، ســيطرح مخطط الأعمال هذا الســؤال «ما الذي ينبغي أن نفعله لإدخال الخدمة الجديدة؟» فنقطة النهاية محددة ســلفاً، وتعمل عملية التخطيط على توضيح إمكانية التوصل إلى هذا الهدف وتوفر الوسائل لإكمال الخطوات الضرورية.

أصبح من الشائع اليوم في المستشفيات أن نتوقع من المديرين في مختلف الإدارات تبريــر طلباتهم للحصــول على عاملين أو برامج أو معــدات أو موارد أخرى من حيث الاعتبــارات التجاريــة. ويتم هذا فــي بعض الأحيان إلى حد الســخف، إذ يتم وضع خطة أعمال لشراء جهاز كمبيوتر مكتبي. وفي معظم الأحيان يُترك تخطيط الأعمال لمخططــي الأعمــال بالمنظمة (رغم أنهم قد يحملون ألقاباً أخــرى)، ويكون لعدد قليل نسبياً من موظفي المنظمة مشاركة منتظمة في عملية تخطيط الأعمال. وقد يشارك أفــراد رئيســيون عندما يتطلب الأمر ذلك، ولاســيما من حيث إن أي نشــاط يجري تخطيطه قد يتداخل أو يتفاعل مع أنشطة موجودة في إدارات أخرى. وسيتم بالتأكيد، الاستعانة بخبراء مناسبين من داخل أو خارج المنظمة حسبما يقتضي الأمر.

تجميع المعلومات الأولية:

ينبغي أن يبدأ تجميع المعلومات الأولية باستعراض أي مواد تنظيمية متاحة. وتشمل هذه المواد المنشورات الصادرة عن المنظمة مثل التقارير السنوية والتصريحات الصحفية والمواد التســويقية. وقد يكون من المناسب حتى مراجعة «السير الذاتية» لأطقم العمل فــي الإدارة وكبار العاملين الإكلينيكيين والتقنيين. وتشــتمل المصادر المحتملة الأخرى للمعلومــات على أي تقارير يتم تقديمها للمؤسســات التنظيمية ومقترحات الحصول على المنح وتطبيقات شــهادات الحاجة. كما قد تكون هناك وثائق داخلية معينة ذات

فائدة، مثل محاضر اللجنة التنفيذية وملخصات خلوات التخطيط ودراسات التقييم. وينبغي بالطبع إعادة النظر في البيانات المالية التفصيلية لعدة سنوات سابقة.

ينبغي كذلك تحديد القضايا الرئيسية، وخاصةً إذا كانت تتعلق بجانب الأعمال بالمنظمة. وفي حالة وجود خطة الأعمال، ستتمحور المعلومات المطلوبة من خلال هذا البحث الأولي حول المشروع الجاري التفكير فيه. وسينطوي هذا على تحليل للهيكل التنظيمي للبرنامج القائم أو المقترح. وينطوي هذا على استعراض لتقسيم العمل وسلسلة الأمر وقنوات الاتصال الداخلية.

ينبغي أيضاً تحديد الفاعلين الرئيسيين في المنظمة من خلال هذه العملية، وكذلك تحديد الأشخاص المؤثرين من خارج المنظمة. هناك بعض الفاعلين الرئيسيين الواضحين مثل هؤلاء الموجودين في مواقع رسمية بالسلطة. وقد يكون المشاركون المهمون الآخرون هم من الذين يتمتعون بمكانة تسمح لهم بالوصول إلى معلومات مهمة. وتتطلب خطة الأعمال على وجه الخصوص تحديد قدرات الإدارة وغيرها من موارد العاملين، نظراً لأنه سيتم استعراضها بشكل حاسم على أيدي أولئك الذين يدرسون الخطة المقترحة.

كما ينبغي أن تحدد هذه المرحلة من العملية المكونات الرئيسية للمنظمة. وربما تتضمن المكونات مجموعات المرضى والأطباء المحليين ومديري منافع العاملين وممثلي خطة التأمين والسياسيين وأي عدد من الفئات الأخرى من المكونات. وإذا كانت الشركة قطاع عام، فإن مجلس الإدارة والمساهمين يمثلون مكونات ذات أهمية.

ومن غير المرجح أن تكون عملية جمع المعلومات الأولية لخطة الأعمال شاملة كما هو الحال بالنسبة لمعظم أنواع الخطط الأخرى. فالخطة بحكم تعريفها أكثر تركيزاً، وليس هناك حاجة مثلاً لتحديد القضايا التي تؤثر في المنظمة بشكل أعلى ويتخطى تلك التي تتصل بجهود التخطيط.

تكوين صورة عامة عن المنظمة:

ينبغي أن يسمح تجميع المعلومات الأولية هذه للمخطط بتطوير قدر من الفهم لما قد تكون عليه المنظمة والعمل الذي تشترك المنظمة فيه. وينبغي تحديد ما تقدمه المنظمة من منتجات أو خدمات بشكل واضح لخطة الأعمال، لأن هذه ستكون محور تركيز الخطة. وينبغي أن يتم تحديد الموارد المتاحة لتنفيذ خطة الأعمال بشكل أكثر

تفصيلاً وسابق في العملية عن وضع الخطة الإستراتيجية مثلاً. وينبغي بالمثل التعرف على عملاء هذه المنتجات أو الخدمات من أجل تكييف الخطة حسب احتياجاتهم.

ويُعـد ذكر افتراضات في البداية وطـوال عملية التخطيط أمراً مهماً في تخطيط الأعمال. فيمكن وضع أي عدد من الافتراضات فيما يتعلق بالسوق وسلوك المستهلك والمنافسة وجوانب أخرى كثيرة من البيئة أو المنظمة. ولا بد على وجه الخصوص من عمـل افتراضات تبرر البيانات المالية التي يتم تطويرها. وينبغي ذكر افتراضات فيما يتعلق بالنتائج المحتملة لمبادرة تطوير الأعمال.

تعكس طبيعة الافتراضـات التي تم وضعها في البداية المدى الذي يكون فيه منتج أو خدمة ما موجودة بالفعل في السـوق، وتتمتع بالفعل بمسـتوى من مستويات الوعي والاسـتفادة. وبالإضافة إلـى ذلك، فإن المدى الذي تكون فيه أنشـطة الأعمال ذات الصلة جارية ستؤثر بالفعل في الافتراضات التي يتم وضعها.

تجميع البيانات القاعدية:

مـن المحتمل القيـام بتحليل داخلي أو خارجي كما هو الحـال مع أنواع التخطيط الأخرى.

التدقيق الداخلي:

يستخدم «التدقيق الداخلي» كما هو موضح في الفصل السابع في تخطيط الأعمال في تجميع أغلـب البيانات اللازمة والخاصة بالمنظمـة. ويتمثل القصد من التدقيق الداخلـي في تحديد من يفعـل وماذا داخل المنظمة، ومتى وأيـن يفعلون ذلك، وكيف يقومون بذلك، وحتى لماذا وإلى أي مدى يقومون بذلك.

يتطلب التدقيق الداخلي الوصول لمجموعة واسعة من البيانات الداخلية التي تصف عمليات التشـغيل والتوظيـف والنواحي المالية المادية والسياسـات والإجراءات ونظم المعلومـات وأي جانب آخر ذي صلة بالمنظمة وعملها. وربما يتطلب التدقيق الداخلي حتى استخدام طرق بحث رئيسية للحصول على معلومات معينة.

ومن المرجح القيام بتقييم أكثر شمولية للمنظمة من أجل خطة الأعمال عنه بالنسبة لأنـواع الخطط الأخرى. وهذا ليس مهما فقـط من أجل جهود التخطيط، ولكن إلى المـدى الذي تكون معه المصادر الخارجية مشـتركة في خطة الأعمـال يكون التقييم الشـامل للمنظمة حاسـماً.. ويتم التركيز بشـكل كبير على الإدارة الحالية للمنظمة

ومـــن المحتمل أن تكون هناك حاجة لبيانات تفصيلية عن قدراتها وخبراتها وصفاتها. وينبغي أن يشـــتمل هذا على معلومات عن رصيد المهـــارات والخبرات ودرجة النزاهة والاتصالات الخاصة بالصناعة والخبرات الســـابقة التي تعمل معاً من جانب الإدارة. (كان هناك زعم، في الواقع، أن قاعدة المستثمرين تضع (٦٠٪) من قراراتها في تمويل مشروع على خصائص فريق الإدارة الذي سيكون معنياً).

وإذا كان المشروع يتمثل في إنشاء أعمال جديدة أو خط إنتاج جديد لمنظمة قائمة، فربما لا يكون فريق الإدارة موجوداً. وتتطلب هذه الحالات التأكد من توفر المســـتوى المطلوب من المهارات الإدارية. وفي الواقع ربما تريد كيانات التمويل الخارجي أن ترى خطابات التزام.

كما تذهب خطة الأعمال إلى أبعد من ذلك في دراسة موظفي المنظمة وخصائص الموارد البشـــرية في المنظمة. وســـوف يوضع في الاعتبار توفـــر ما يلزم من العاملين لتنفيذ خطـــة الأعمال، وكذلك إمكانية الحصول على موظفين إضافيين إذا كان الأمر يتعلق بمبادرة أعمال جديدة. كما سيكون الوصول إلى الاستشاريين والمتخصصين في المجالات الرئيسية أحد هذه العوامل كذلك.

ينبغـــي تحديد الوضع القانوني للمنظمة مع تحديـــد هيكل الملكية. وغالباً يختلف الوضع القانوني للمنظمة سواء كانت هادفة للربح أو غير هادفة له. بالنسبة للمنظمات الهادفة للربح، فإن وضعها القانوني (مثل الشـــراكة أو الشـــركة) ســـيوضع في اعتبار المســـتثمرين المحتملين. وفي الوقت نفسه، ســـيقدم هيكل الملكية معلومات عن الموارد المتاحـــة للمنظمة من جهة وعـــن أصحاب المصالح المختلفين مـــن جهة أخرى. ولهذا الســـبب، فإن أحد أولى الأســـئلة التي تطرحها مصادر التمويل الخارجي تختص عادة بمالكي المنظمة.

مـــن الواضح أن خطة الأعمـــال تذهب بعيداً بدرجة أكبر مـــن الأنواع الأخرى من الخطط في تجميع البيانات المالية عن المنظمة. وسوف تكون هناك حاجة لإحصاءات مفصلة عن الخبرة المالية الســـابقة للمنظمة ومكانتها المالية الحالية، وســـوف تشتمل على الميزانيات العمومية وبيانات الأرباح والخســـائر وبيانات التدفق النقدي. وينبغي أن يتم بشكل واضح تفسير أي حالات غير عادية تتعلق بالأحوال المالية للمنظمة.

ســـوف تكون هناك حاجة لمعلومـــات مفصلة تتعلق بالمنظمة وبمصـــادر إيراداتها، وسيكون هذا واضحاً إلى حد ما بالنسبة لمعظم المنظمات. أما في حالة مستشفى ما، فإن تحديد مصادر الإيرادات بوضوح يُعد أمراً أكثر تعقيداً. وفي بعض الحالات، قد تكون هناك حاجة للبيانات المالية الشخصية والإقرارات الضريبية الخاصة بالمالكين.

ينبغي التحقق من أي عقود قائمة مع العملاء، كما ينبغي أيضاً التحقق من إمكانية استمرار العلاقات. وسيُوضع دائماً في الاعتبار إلى أي مدى يمكن أن تُفعل هذه العقود إلى أعمال جديدة للمشروع المقترح. فعلى سبيل المثال، إذا كان خط الأعمال المقترح استجابة مباشرة لطلبات العملاء الحاليين فإن تحويلها إلى خدمة جديدة يتم مباشرة وبشكل تلقائي تقريباً.

قد يتاح قدر كبير من المعلومات المطلوبة لخطة الأعمال بسهولة، نظراً لأن الكثير مما هو مطلوب ينطوي على إعداد تقارير معيارية عن خطط الأعمال. وسيكون قد تم تحضير الكثير من هذه التقارير بشكل روتيني. ويمكن لبرامج المحاسبة المعاصرة أن تتلاءم بشكل عام مع الاحتياجات الإضافية لخطة الأعمال.

التدقيق الخارجي:

ينطوي التدقيق الخارجي في عملية تخطيط الأعمال على الخطوات نفسها الموضحة في الفصول السابقة لتقييم بيئة المنظمة. وتبدأ العملية بإجراء تحليل للبيئة الكلية وتتقدم من خلال مختلف المستويات وصولاً إلى البيئة الجزئية. وتتم مناقشة الاتجاهات الاجتماعية الواسعة وتحليل التطورات في الاقتصاد لمعرفة آثارها في الرعاية الصحية. ويتم استعراض اتجاهات الصناعة الصحية مع إعطاء اهتمام للتطورات في التشريعات التنظيمية ومجالات السداد.

من المرجح في حالة تخطيط الأعمال أن يتم التركيز بشكل كبير على تحليل الصناعة. وستكون هناك حاجة للقيام باستعراض عام عن الصناعة (أو على الأرجح قطاع من الصناعة). فإذا كان أحد المستشفيات يدرس مثلاً دخول سوق الرعاية طويلة الأجل، فمن المرجح أن تكون هناك حاجة لمعلومات أساسية عن كل من صناعة المستشفيات وصناعة الرعاية طويلة الأجل. وينبغي أن يدرس هذا الاستعراض العام الاتجاهات في هذه الصناعة، بما في ذلك مرحلتها في دورة حياة الصناعة. (انظر مربع (١٠-١) بشأن تحليل دورة حياة الصناعة).

ينبغي أن يولى هذا الاستعراض العام اهتماماً خاصاً باتجاهات تمويل النفقات والتطورات التقنية. وربما تعني التغيرات في أنماط السداد الفرق بين نجاح أو فشل مشروع الأعمال الجديد. ويمكن أن يجعل التقدم التقني وبسرعة منتج أو خدمة ما قديمة الطراز.

كما ينبغي أن يقوم هذا الاستعراض العام الخاص بالصناعة بدراسة المنافسين في هذه الصناعة. وينبغي تحديد المنظمات الأخرى التي تدخل في منافسة مباشرة مع هذا المنتج أو الخدمة المعينة، وكذلك هؤلاء الذين يطرحون منتجات مختلفة ولكن منافسة.

وفيما يتعلق بالسوق الذي تخطط المنظمة أن تنافس فيه، ينبغي إجراء تحليل بشأن حصتها في السوق. وبالنسبة للخدمة القائمة، ينبغي تحديد حصة السوق الحالية الخاصة بالمنظمة، مع الاتجاهات السابقة في حصة السوق. وكلما زاد مدى تصنيف هذه الحصة إلى مكونات (مثل الفئات السكانية وأنواع الدافعين)، كانت البيانات أكثر فائدة. وينبغي أن يدرس التحليل مدى قدرة المنظمة على أسر حصة إضافية في السوق. وبالنسبة لمنتج أو خدمة جديدة، فسيتم التركيز بشكل كبير على حصة السوق المحتملة التي يمكن الحصول عليها.

ينبغي الاهتمام بما إذا كان المشروع سيشمل الاستحواذ على حصة في السوق من لاعبين حاليين أو سيتم الدخول في الأسواق الجديدة من خلال هذا المشروع التجاري.

من الضروري في تخطيط الأعمال أن يخرج فريق التخطيط إلى السوق ويتحدث إلى العملاء الحاليين والعملاء المحتملين والخبراء في الصناعة. وسيكون من المفيد أيضاً التحدث مع الزملاء في مجال الرعاية الصحية الذين يقدمون برامج مماثلة في أسواق أخرى. ويجب حسب الاقتضاء الاتصال بالدافعين من الطرف الثالث ووكلاء الإحالة المحتملين. ومن المفيد أيضاً حضور المعارض التجارية والمؤتمرات واجتماعات الجمعيات المهنية لوضع تقدير أفضل عن ما يحدث في السوق. وعلى الرغم من أن فريق التخطيط قد يعتقد أنه «على دراية بالسوق»، ستكون هناك دائماً تطورات جديدة يجب تحديدها وتقييمها.

يُعد تحديد المكانة السوقية الحالية والمتوقعة للمنظمة من الأمور المهمة. وعلى نحو أدق، ما مكانة الأعمال بالنسبة للمنتج أو الخدمة المقترحة؟ هل خط الأعمال المقترح يمثل خدمة مبتكرة أو نسخة محسنة أو أقل تكلفة من إحدى الخدمات القائمة أو بديلاً مناسباً لما هو موجود حالياً في السوق يحدث فرقاً كبيراً في عملية تخطيط الأعمال.

ومن الواضح أن تحديد العملاء المحتملين لخط الأعمال المقترح يمثل أحد الاعتبارات المهمة. وينبغي تحديد حجم السوق وتوضيح حصة السوق التي يمكن أسرها. وينبغي تحديد إلى أي مدى يمكن البناء على العلاقات القائمة أو تحديدها.

مربع (١٠-١)

دورات حياة الصناعة والمنتج

بغض النظر عن نوع التخطيط الذي يجري الشروع فيه، فإن فهم مرحلة الصناعة أو دورة حياة المنتج أمر بالغ الأهمية. فينبغي مثلاً بالنسبة لمبادرات التخطيط الإستراتيجي النظر في حالة دورة الحياة التي تميز الجزء ذا الصلة بالصناعة. وإذا كانت المنظمة معنية بشكل رئيسي بتوفير خدمات رعاية للمرضى بالمستشفيات، فالمطلوب تقدير النقطة في دورة حياة الصناعة التي يمكن فيها البدء بإدخال خدمات المرضى الداخليين في المستشفيات. وإذا تم تطوير خطة أعمال لإجراء محدد، يجب تحديد النقطة في دورة الحياة التي يقع فيها هذا المنتج.

إن المكانة في الصناعة أو دورة حياة المنتج لها مضامين عديدة لأنشطة التخطيط. فمن المرجح أن تؤثر في تغليف الخدمات والمنتجات والأساليب الترويجية والنهج المتبع تجاه المنافسين والعلاقات مع المنظمات الأخرى.

وتُعد المرحلة الأولى في دورة حياة صناعة أو منتج ما هي إدخال المنتج أو مرحلة تطوير السوق. وينشأ في هذه المرحلة منتج جديد أو ربما صناعة جديدة تماماً. ونظراً لأن الصناعة أو المنتج من المرجح أن يكون مبتكراً، فإنه يتم توجيه معظم الجهود نحو خلق وعي وتنمية «متبنين أوائل» في السوق. ويوجد في هذه المرحلة عدد قليل نسبياً من المنافسين ولا تكون المنتجات والخدمات موحدة. ويُعد دخول السوق أمراً سهلاً نسبياً لوجود عدد قليل من اللاعبين المتأصلين.

المرحلة الثانية هي مرحلة النمو. وفي هذه المرحلة، أصبحت الصناعة مترسخة والمنتج أو الخدمة مقبولة في السوق. فالتوسع سريع لأن العملاء الجدد ينجذبون ويدخل منافسون إضافيون إلى الساحة. وتصبح المنتجات أو الخدمات معيارية بشكل متزايد، رغم أن التحسينات قد تظل مساهمة في تطور المنتج. ويؤكد تخطيط التسويق في هذه المرحلة على التمييز بين المنظمة، والمنتج، والخدمة.

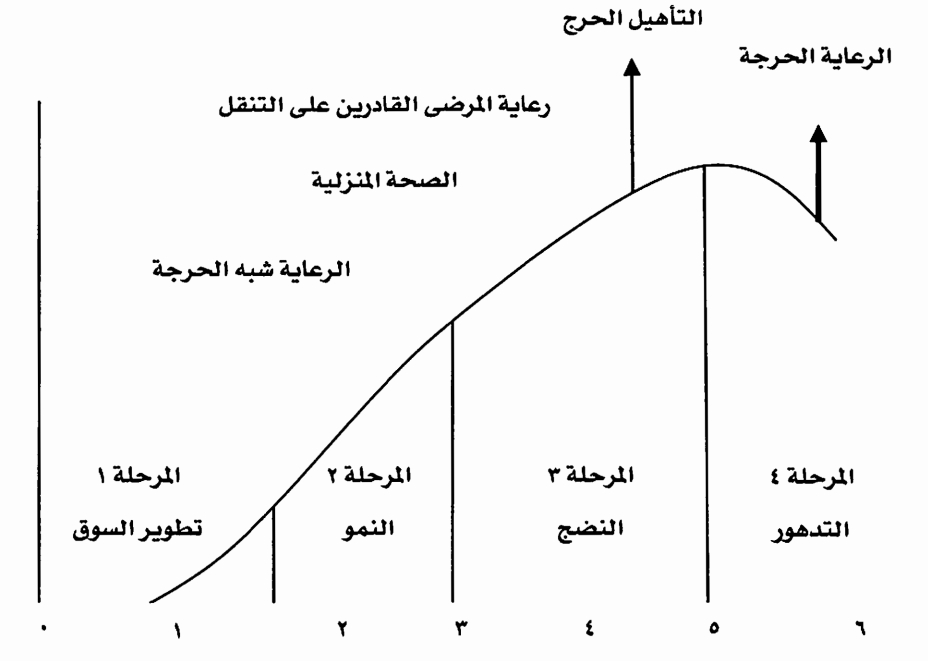
وخلال المرحلة الثالثة، تصل الصناعة أو المنتج لمرحلة النضج. وعند هذه المرحلة، يكون معظم العملاء المحتملين قد تم أسرهم ويبدأ النمو في التذيل. ونظراً لأنه لا يوجد سوى القليل من العملاء، فإن المنافسة على العملاء الحاليين تتصاعد وتصبح سمات المنتج والتسعير معيارية بشكل كبير ولا يبقى سوى القليل من التمايز بين المنافسين. ويقل عدد المنافسين مع وجود اندماج بين مختلف الأطراف الفاعلة

في الســـوق، وتزيد صعوبة دخول لاعبين جدد إلى الســـوق. وتؤكد أنشطة التسويق الاحتفاظ بالعملاء الحاليين و / أو أسر عملاء المنافسين.

فـــي المرحلة النهائية في دورة الحياة، تواجه الصناعة أو المنتج فترة من الانخفاض، فيقل عدد العملاء مع اســـتبدال المستهلكين للمنتج أو الخدمة بمنتجات أو خدمات جديدة. وعادة ما تحدث «هزة» بين اللاعبين في المجال مع قيام المنافسين المهيمنين بالضغط على المنافســـين الأقل رسوخاً وتبني المنافسين الآخرين لاتجاه إستراتيجي مختلف. وتزداد ســـخونة المنافســـة بين اللاعبين المتبقين علـــى العملاء الحاليين. ونظراً لعدم إخال إبداعات وتعذر توســـيع قاعدة العملاء، فهناك تركيز متزايد بين المنافســـين المتبقين على خفض التكاليف من أجل الحفـــاظ على الربحية. ويعكس الشكل التالي تطور دورة الحياة معززاً ذلك بأمثلة من الصناعة الصحية.

شكل (١٠-١) منتج دورة الحياة

(طوره أعضاء مؤسسة فاولر للرعاية الصحية Fowler Healthcare Affiliates)



شكل ١٠-١: منتج دورة الحياة (طوره أعضاء مؤسسة فاولر للرعاية الصحية Fowler Healthcare affiliates)

تقرير حالة الأعمال:

في هذه المرحلة من العملية، يكون عادة من المجدي تقديم تقرير عن حالة الأعمال. وسـتعتمد طبيعة التقرير على العديد من القضايا التي أثيرت في وقت سابق، بما في ذلـك ما إذا كانت الخطة من أجل منشـأة قائمة بذاتهـا أو لمكون من مكونات منظمة قائمة وما إذا كان يتم التفكير في عملية جديدة أو إدخال تعديلات على برنامج موجود وما إذا كان الهدف هو العملاء الحاليين أو العملاء الجدد.

ينبغي أن يشتمل تقرير حالة الأعمال على الأقسام التالية التي تلخص جمع البيانات وصولاً إلى هذه النقطة:

- اتجاهات الصناعة بالكامل / مكونات الصناعة.
- تحديد منطقة السوق.
- تحديد ملامح سكان منطقة السوق.
- الخصائص الصحية لسكان منطقة السوق.
- المركز الحالي للمنظمة أو الخدمة.
- الوضع التنافسي.
- التطورات المستقبلية المحتملة.

وينبغـي أن يشـتمل تقرير الحالـة هذا على مواطـن القوة والضعـف والفرص والتهديدات التي تم تحديدها أثناء التحليل. هذه فرصة لشـرح حالة السوق ومركز المنظمة فيها بشـكل صريح. ومن المرجح أن تمثل هذه مع خطة الأعمال نقطة اتخاذ قرار حاسـم. وعلى افتراض اسـتمرار المشروع، ينبغي أن يكون نقطة انطلاق لخطة تنمية لاحقة.

تخطيط المشروع:

يُعـد تخطيط المشـروع أحد المكونـات المتأصلة في عملية خطـة الأعمال. وفي الواقـع، فإن خطة الأعمال هي خطة مشـروع. وتشـتمل خطة الأعمـال، أكثر من الخطط الأخرى، على خطوط عريضة شهرية وسنوية لعملية تنمية الأعمال. وسوف تشـتمل هذه على العاملين والنفقات والإيرادات المتوقعـة للفترة الزمنية التي يجري التخطيط لها.

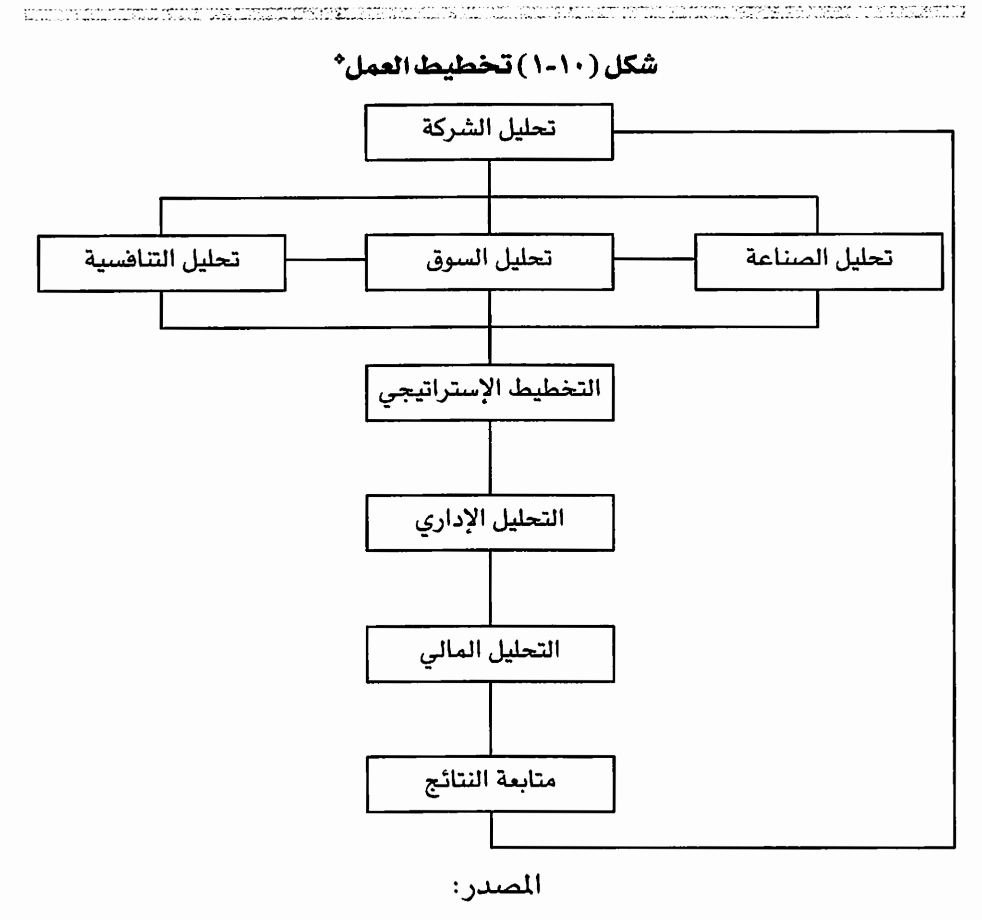
تطوير خطة الأعمال

يوفر الجهد المبذول حتى هذه النقطة أساســاً لوضع الخطة بشكل فعلي. وإذا تم العمل الأولي بشكل صحيح، ينبغي أن تتدفق عملية التخطيط بسلاسة، على الأقل من منظور فني. (انظر الشكل رقم (١٠-١) الذي يصور عملية خطة الأعمال).

تحديد الأهداف Goals:

ينبغي أن يعكس الهدف أو الأهداف التي يتم وضعها لخطة الأعمال المعلومات التي تم توفيرها في تقرير حالة الأعمال. وينبغي أن يلبي الهدف كما هو الحال في أنشطة تخطيــط أخــرى ومعايير معينة قبــل الموافقة عليه، ومن أهمها دعــم الهدف للخطة الإســتراتيجية للمنظمة ومدى توافقه مع بيان رسالة المنظمة. ويعتمد عدد الأهداف التي سيتم إنشــاؤها على مدى تعقد وحجم المنظمة وطبيعة القضايا المطروحة. ومع ذلك، من المرجح مع خطة الأعمال وجود هدف محدد يعكس الطبيعة المركزة للمشروع. وتختلــف هذه المرحلة من التخطيط بعض الشــيء عن خطــة الأعمال، بمعنى أنه من المرجــح منــذ البداية أن يتم تحديد الهدف بوضــوح. ويتناقض هذا مع بعض الأنواع الأخرى من التخطيط التي قد لا يتم فيها تحديد الهدف حتى فترة متقدمة من عملية التخطيــط. ويحدد التركيز في خطة الأعمال كيفيــة قيام المنظمة بتحقيق الأهداف المحددة سلفاً.

شكل (١٠-١) تخطيط العمل*



المصدر:

- R.L. Leza. and J.F. Placencia (1988). Develop Your Business Plan. Grants Pass. OR: The Oasis Press).

تحديد الأهداف الفرعية Objectives:

ينبغي ربط الأهداف الفرعية بشكل مباشر بهدف المنظمة. ويمكن تحديد عدد من الأهداف الفرعية لكل هدف، أربعة أو خمسة أهداف شائعة إلى حد ما، رغم أن العدد الأكبر من ذلك يصبح أهدافاً غير عملية. ويجري ذكر الأهداف الفرعية في عبارات

* يرجى الانتباه إلى أن هذا الشكل يحمل نفس ترقيم الشكل السابق الذى ورد في المربع رقم (١٠-١) ص ٣٠٢-٣٠٣ وذلك على النحو الذى ورد عليه في النص الأصلي. وأعتقد أن السبب وراء ذلك أن المؤلف رأى إيراد هذا الشكل بهذا الترقيم على اعتبار أن الشكل السابق خاص بالمربع رقم (١٠-١) الذى ورد ضمنه ومن ثم يحمل نفس ترقيمه. (المترجمة)

مثل: سيعين المستشفى مديراً لوحدة إدارة الألم في غضون ثلاثة أشهر (لدعم الهدف العام المعلن الخاص بإنشاء خط إدارة الألم).

معالجة البيانات المالية:

تختلف خطة الأعمال عن الخطط الأخرى من حيث إنها غير كافية لجمع وتحليل البيانات المناسبة، فيجب معالجتها بشكل أكبر لتطوير المعلومات اللازمة لخطة الأعمال، فالحصول على السجلات المالية الماضية ما هو إلا خطوة واحدة، ويجب تحويل هذه الأرقام إلى توقعات. والبيانات المتوقعة أكثر أهمية في حالة وجود منظمة جديدة. ونظراً لعدم وجود تاريخ تنظيمي، ينبغي تكوين التوقعات على أساس افتراضات مختلفة، فإذا قامت مجموعة من الافتراضات بتوجيه عملية التخطيط، سيتم وضع مجموعة أخرى من الافتراضات من أجل التحليل المالي.

وينبغي إعداد مجموعة كاملة من البيانات المالية لدعم المشروع المقترح. وعادة ما يتم مد هذه إلى فترة خمس سنوات في المستقبل. ويجب أن تشتمل هذه الوثائق على ميزانيات عمومية وبيانات أرباح وخسائر وبيانات صورية، كما ينبغي أن تشتمل هذه الدراسة على توقعات عن التوظيف واستثمار رأس المال وأي أنشطة أخرى من شأنها أن تؤثر في تقدم المشروع. (تم تضمين عينة من البيانات الصورية في الملحق رقم ٣)، وتمثل خطة الأعمال إلى حد كبير خطة تنفيذ في حد ذاتها، لذلك لن تتم هنا مناقشة هذا الجانب من عملية التخطيط. كما ينبغي ملاحظة أن خطة الأعمال سوف تتطلب خطة تسويق باعتبارها جزءاً من عملية التطوير الشاملة.

عرض خطة الأعمال:

رغم أن أنواعاً أخرى من الخطط قد تتبع مجموعة متنوعة من الصيغ، عادة ما تتطلب خطة الأعمال صيغة موحدة. ونظراً لهذا السبب، يتم تقديم عرض موجز لخطة الأعمال في هذا الفصل، ويعتمد طول خطة الأعمال ومستوى التفاصيل على طبيعة المشروع والجمهور المتوقع. وقد تكفي خطة عامة في بعض الحالات، ولكن عادة ما يتطلب الأمر قدراً كبيراً من التفاصيل. وفي معظم الحالات، قد يكون من المناسب وضع نسختين من الخطة. تحتوي إحداها على جميع التفاصيل المطلوبة التي سيتم في النهاية مراجعتها بالكامل بواسطة مجموعة من الأفراد. كما ينبغي وضع نسخة موجزة لخطة الأعمال التي ينبغي تعميمها على نطاق واسع.

وينبغي إدراج العناصر التالية في خطة الأعمال:

نظرة عامة / ملخص لبيان المنظمة	المكانة في السوق
الوضع الحالي	العملاء / أماكن التركز الرئيسية
الفرص الإستراتيجية	العملاء المحتملون
زخم الشركة	الموقع (المواقع)
إستراتيجيات العمل	توزيع القدرات
احتياجات الموارد	اتجاهات التسعير
الفوائد المتوقعة	الدعاية / الإعلان القائم
متطلبات السيولة النقدية	المنافسة
مقاييس وإنجازات الأداء	الإستراتيجية الترويجية (مثل التميز)
وصف العمل أو الإدارة	الحصة السوقية والمبيعات
الفلسفة	حالة التخطيط الإستراتيجي
الهدف (الأهداف)	نظرة عامة على الخطة
نظرة عامة على الشركة	افتراضات الخطة
تاريخ الشركة	الأهداف طويلة الأجل
المنتجات / الخدمات	تقييم واقعي لنقاط القوة / نقاط الضعف
العملاء الحاليون	مؤشرات الأداء الرئيسية
الوضع التقني	جدول المعالم
مقارنات التكاليف	أعلام حمراء
الموارد التشغيلية	نقاط قوة الشركة التي ينبغي استغلالها
نقاط القوة / نقاط الضعف	نقاط الضعف التي ينبغي التغلب عليها
قواعد المنافسة	الفرص المتاحة في السوق التي يمكن استغلالها
العوامل الرئيسية للنجاح	تحليل المخاطر (انظر الشكل رقم ١٠-٢)
الموقف التنافسي	تقييم المنظمة
تحليل الصناعة	هيكل الملكية
نظرة عامة	الإدارة
التعريف	الأفراد
العوامل الرئيسية للنمو	الاستشاريون / المتخصصون

دورة الحياة في الصناعة
المنافسون
المنتجات المنافسة
المقاييس المالية
تحليل السوق
نظرة عامة على السوق / الفرص الإستراتيجية
تجزئة السوق
التغيرات في الطلب/ الاتجاهات
تحليل تعادلي
البيانات المالية الشخصية / العوائد الضريبية
الاستنتاجات
الملاحق
ملخصات

الهيكل القانوني
المتطلبات من حيث التصاريح وشهادة الحاجة
والهيئات التنظيمية والترخيص
البيانات المالية
مصادر صناديق الاستثمار
معدات رأسمالية
العقارات / التأمين
الميزانية العمومية
بيان الأرباح والخسائر
صور من المنشآت والمعدات وغيرها من العوامل
المادية ذات الصلة
العقود والعلاقات القائمة
دراسات السوق
المواد المنشورة ذات الصلة

شكل (١٠-٢) تحليل المخاطر

العنصر	التقييمات		
	منخفض	متوسط	مرتفع
الصناعة	X		
السوق			X
وضع المنافسة		X	
الإستراتيجية		X	
الافتراضات	X		
الأداء المالي	X		
الأداء الإداري			
مستوى الأداء المستقبلي	X	X	
أخرى			
إجمالي المخاطر		X	

المصدر:

- R.L. Leza, and J.F. Placencia [1988]. Develop Your Business Plan. Grants Pass, OR: The Oasis Press.)

الخطة التشغيلية:

تُعد الخطة التشغيلية أحد العناصر المهمة في خطة الأعمال، ويعد هذا العنصر في المقام الأول وعلى عكس باقي الوثيقة مخصص للاستخدام الداخلي، وسيقوم فريق الإدارة باستخدام هذا لتنسيق جهود اللاعبين في الشركة للوصول إلى الأهداف المحددة في خطة الأعمال.

تتضمن الخطة التشغيلية مكونات خطة المشروع ومصفوفة التنفيذ التي جرت مناقشتها في سياقات تخطيط أخرى. وهو يوفر على هذا النحو مؤشراً عن كيفية تنفيذ المشروع على مدى فترة التخطيط الخمسية، فالخطة «تشغيلية» بمعنى أنها تضع العملية الفعلية لتشغيل المنشأة أو الخدمة أو البرنامج وليس فقط من أجل إنشائها.

مصادر إضافية:

- Abrams. R.M. (1998). The Successful Business Plan: Secrets and Strategies. Grants Pass. OR: The Oasis Press (software available).
- Jian Tools for Sales (2003). Biz Plan Builder. Computer Software. Jian Tools for Sales. Mountain View. CA.

الفصل الحادي عشر
أساليب بحثية لتخطيط الخدمات الصحية

مقدمة:

من الواضح أن الدور المهم الذي تلعبه البحوث في عملية التخطيط قد أصبح جلياً حتى من خلال القيام باستعراض سريع للفصول السابقة. ويمكن عزو الكثير من الوقت والجهد المبذولين في التخطيط إلى أنشطة بحثية تؤدي إلى مهمة التخطيط وتدعمها. ويتطلب كل نوع من أنواع التخطيط درجة معينة من الدعم البحثي. فحتى الأنواع التقليدية من التخطيط التنظيمي التي هي في الأساس استقرائية تتطلب قدراً من الأعمال التمهيدية. أما بالنسبة لمبادرات التخطيط الموجهة خارجياً بشكل أكبر، فإن ضرورة القيام بنشاط بحثي واسع يُعد أمراً حتمياً. فلن يكون لدى فريق التخطيط سوى أساس قليل لوضع خطة دون توافر القاعدة المعرفية المناسبة.

هناك عدد من العوامل التي تحدد نوع وكمية البحوث التي يتم إجراؤها خلال عملية التخطيط، بما في ذلك نوع الخطط التي تتم صياغتها وطبيعة المنظمة والموارد المتاحة والاستخدام المقصود للنتائج. وتعتبر القدرة على تحديد نوع ونطاق البحوث المناسبة لمبادرة تخطيط معينة إحدى المهارات الحاسمة للمخطط.

ستكون البحوث اللازمة لدعم التخطيط مهمة متواصلة داخل المنظمة في العالم المثالي. فليس من العملي بدء مشروعات بحثية منفصلة من الصفر لدعم كل مبادرة تخطيطية. ومن المرجح أن تنتهي فترة التخطيط بحلول الوقت الذي تتمكن فيه معظم المنظمات من تدشين عملية جمع بيانات. كما أنه مع وضع نظم رصد مستمرة من الممكن تتبع التغيرات في أنماط الإحالة الخاصة بالطبيب أو اتجاهات إدخال المرضى للمستشفيات أو تخصصات الأسواق الناشئة مثلا أن يتم تعزيز عملية التخطيط.

هذا وبسبب الجوانب المختلفة من التخطيط التي يمكن وضعها في الاعتبار، يمكن أن يكون هذا الفصل فقط بمثابة مقدمة للأنشطة البحثية التي تدعم التخطيط. وستقدم الموارد المذكورة في نهاية الفصل بعض الإرشادات الإضافية.

البحوث التخطيطية: مسئولية من؟

ينبغي أن يتم في بداية عملية التخطيط اتخاذ قرار بشأن الاحتياجات البحثية الخاصة بالمشروع. فحتى أبسط أنواع البحوث التخطيطية قد تتطلب مهارات معينة ومعرفة كبيرة وألفة مع منهجيات ووجهات نظر متعددة. وفي الحالات التي لا يكون فيها للمجتمع أو للمنظمة جهود تخطيط مستمرة، قد لا تكون المهارات المطلوبة موجودة، وفي حين أن المجتمع لديه بعض المهارات البحثية الموجودة داخل مختلف المنظمات، قد لا تكون هذه الموارد متاحة بسهولة بالنسبة لفريق التخطيط. وقد تكون هناك في الواقع مقاومة لأي منظمة معينة تلعب دوراً مهيمناً في هذه المهمة الهامة.

وبالتالي قد يقتضي اتخاذ قرار رئيسي ما يتعلق بتحديد المسئولية للقيام بالوظيفة البحثية. وتشتمل مجموعة الخيارات البحثية على: أداء جميع البحوث التخطيطية داخل المنظمة باستخدام مصادر داخلية، وتفويض العملية البحثية بالكامل؛ واستخدام مزيج من المصادر الداخلية والخارجية. وربما تنطوي تلك الأخيرة على أداء بعض المهام البحثية داخل المنظمة مع تفويض بعض المهام الأخرى. وقد ينطوي نهج توافقي آخر على الاستعانة بخبير استشاري خارجي لتنسيق استخدام الموارد الداخلية من أجل البحوث التخطيطية. وسيعتمد الخيار الذي يتم انتقاؤه بدرجة كبيرة على النهج العام الذي تم تبنيه لعملية التخطيط. وفي حالة تفويض التخطيط نفسه، فربما يتم تنفيذ الأنشطة البحثية في هذا الإطار. وإذا كان التخطيط يتم بالكامل داخل المنظمة، فقد يكون استخدام الموارد الداخلية من الأمور الأكثر عملية. كما ستكون ثقافة الشركات الخاصة بالمنظمة أحد العوامل التي تؤثر في النهج المتبع.

هناك العديد من المزايا لإشراك خبير خارجي في العملية البحثية، وذلك بغض النظر عن مستوى القدرات الداخلية المتاحة. فمن المرجح أن يقدم المصدر الخارجي منظوراً أوسع من تلك التي تتبناها الجهات المرتبطة بشكل وثيق بالمنظمة، بالإضافة إلى تمتعه بخبرة مع منظمات مماثلة. وقد يتمتع الاستشاري الخارجي بخبرة في أساليب فنية متخصصة مطلوبة للمشروع، أو قد يكون لديه بالفعل موارد مكلفة (مثل أنظمة المعلومات الجغرافية) التي سيكون من اللازم الحصول عليها. أما من المنظور السياسي، قد يحقق الشخص الخارجي قدراً من الموضوعية والحياد قد لا يكون متاحاً داخل المنظمة.

ولكن قد تكون هناك مساوئ لجلب خبراء من الخارج، فقد يكونون مكلفين للغاية وربما يتطلب الأمر مستوى معيناً من الخبرة من أجل التفاوض على عقد معقول.

(لاحظ أنه لا توجد تكاليف صغيرة عند تنفيذ أنشـطة بحثية داخل المنظمة، وتحديداً إذا لـم تكن توجد أي مهمـة مخصصة بالفعل). قد تكون هنـاك حالات توجد فيها بيانات حساسـة قد يكون وصول أشـخاص من الخارج إليها أمـراً غير مرغوب فيه. علاوة على ذلك، فالشـخص الخارجي هو شـخص خارجي وربما تكون هناك جوانب في المجتمع أو المنظمة يصعب فهمها دون الحصول على وجهة نظر شـخص من داخل المنظمة. وفي النهاية، ينبغي على كل منظمة أن تدرس الأوجه الإيجابية وتلك السلبية عند استخدام موارد خارجية للأبحاث التخطيطية.

المدخل إلى البحوث التخطيطية:

تنطـوي البحوث التخطيطية على عدد من العناصر المتميزة التي تتبع بشـكل عام تسلسـلاً معيناً. فالقصد من كل مكون هو جمع بيانـات يمكن تحويلها إلى معلومات يمكن بدورها أن تكون بمثابة أسـاس لإيجاد حلول. ففائدة الأرقام الأساسـية تظل محدودة حتى يتم تحويلها إلى معلومات ذات معنى. ولا تكون المعلومات ذات فائدة إلا إذا تمكنت من الإسهام في صنع القرار.

ويمكن ضمـن هذا الإطار العام تحديد المهام التالية التـي تقدمها عملية البحوث التخطيطية:

الوصف:

تُعد المسـئولية الأولى التي تقع على عاتق مخطط الخدمات الصحية بأنها وصف المجتمع أو السـوق قيد الدراسة. ويشير الوصف هنا إلى تكوين صورة شاملة (عادةً) عن المنطقة المسـتهدفة التي تجري دراسـتها. فقد تكون سـكاناً أو تجمع مرضى أو أي عـدد من الأهـداف الأخرى الملائمـة للتحليل. وينبغي أن يقـوم المخطط بوضع وصف جيد للموضوع الذي تم اختياره، مع الأخذ في الاعتبار الأبعاد ذات الصلة بهذا الموضوع.

التحديد:

عادة ما يلي وصف مجتمع ما أو سـوق ما تحديد الأنماط الواضحة أو السـمات المهمـة ذات الصلة بالمجتمع أو المنظمة المسـتهدفين. وقد تنطوي هذه الظواهر على مجموعات سـكانية غير مخدومة أو مخدومة بدرجة بسـيطة أو خدمة مميزة لم تتم معالجتها أو عدم وجود معدات معينة أو مجموعة متنوعة من الظروف الأخرى. وينتقل

تحديد الأنماط والسمات بالوصف خطوة أخرى ويقتطع من الاحتمالات العديدة داخل السوق النموذجي الخيارات (والتهديدات) ذات المغزى ضمن هذا السياق.

المقارنة:

تعد المقارنة بين النتائج والمعايير ذات الصلة إحدى الخطوات المهمة في معالجة البيانات التي يتم تجميعها خلال العملية البحثية. وقد ينطوي هذا حسب هذه الخطة على مقارنة مجموعة سكانية بمجموعة سكانية أخرى أو مؤشر صحي بمؤشر صحي آخر أو مستشفىً بمستشفى آخر. وربما ينطوي تحليل المؤشرات الصحية لمجتمع ما على القيام بمقارنات مع أرقام في الماضي أو مع مجتمعات أخرى يمكن المقارنة معها أو مع متوسطات قومية أو مع معايير معمول بها. وبالمثل، ربما ينطوي تحليل البيانات التي تم جمعها عن مستشفى مجتمع محلي على مقارنات مع أداء المستشفى في الماضي أو أداء مستشفى منافس أو إرشادات اللجنة المشتركة المعنية باعتماد منظمات الرعاية الصحية أو المجموعة المستهدفة في خطة الأعمال الخاصة بالمستشفى. يمكن للمخطط من خلال التحليل المقارن أن يبدأ في تحديد ما تعنيه نتائج البحوث.

ويمكن تمديد التحليل المقارن في العملية البحثية لمدة أطول عندما تطرح الخيارات المختلفة نفسها. وقد يحتاج المجتمع لمقارنة المواقع المحتملة لعيادة صحة عامة. وقد تحتاج منظمة رعاية صحية لمقارنة سوق بآخر أو فرصة عمل بأخرى. ومن النادر أن تكون هناك خيارات واضحة من حيث الخدمات المناسبة التي سيتم تقديمها. فيجب أن يتمكن المخطِط من تحليل الخيارات بشكل مقارن عن طريق توظيف كل من الأساليب الكمية والنوعية.

التقييم:

لا يكفي أبداً وصف مجتمع ما أو منظمة ما أو القيام ببساطة بتحديد الأنماط الجديرة بالملاحظة. فينبغي تقييم حالة المجتمع أو المنظمة استناداً إلى المعايير ذات الصلة. ويوفر التحليل المقارن المذكور أعلاه أساساً لتقييم الخدمات أو الأفراد أو الفرص المتاحة حالياً في السوق. فقدرة المحلل على تقييم ما إذا كان الوضع مناسباً أو غير مناسب من الأمور الحاسمة بالنسبة لأنشطة التخطيط التالية.

وفي النهاية، ينبغي على المخطط تحديد ما إذا كان الوضع جيداً أم سيء وإذا وجد مثلاً أن المجتمع يبلغ عن وجود خمسة أسرة مستشفيات لكل ١٠٠٠ نسمة، ينبغي

تقييم هذا الرقم. فإذا كان المعيار الوطني هو أربعة أسـرة لكل ١٠٠٠ نسـمة، يمكن أن نسـتخلص من ذلك أن المجتمع لديه زيادة في عدد الأسـرة وذلك إذا كانت الأشياء الأخرى كلها متساوية. ومن ناحية أخرى، إذا كان المجتمع مركزاً طبياً إقليمياً ويجتذب مرضى من مقاطعات محيطة تفتقر إلى وجود مستشفيات، يمكن إجراء «قراءة» مختلفة في الإحصاءات. وهذا هو بداية وضع مهارات المخطط في الاعتبار.

الرصد:

تشـتمل أنشـطة البحث التخطيطي عادةً على رصد لمختلف الظواهر. وقد يعني هذا رصد الاتجاهات السكانية في منطقة مستهدفة محتملة، بتتبع التغيرات في رضا المرضى أو قياس تأثير المبادرات التسـويقية في الصورة الذهنية لدى المسـتهلك عن المنظمة. ويعتبر الرصد بشكل ما إحدى المسئوليات وخاصة إلى الحد الذي يكون فيه التخطيط مهمة متواصلة.

التفسير:

فـي الوقت الـذي كان يوجد فيه القليل من مصادر البيانـات الصحية، كان صناع القرار سعداء بأي معلومات يستطيعون الحصول عليها. أما في وقتنا هذا، ومع سهولة الوصول إلى البيانات، تحول التركيز إلى القدرة على تفسير كميات هائلة من البيانات التي أصبحت متاحة في هذا المجال. وتعتبر القدرة على تحليل وتفسير البيانات التي تم جمعها (بمعنى تحويل البيانات إلى معلومات) هي ما يميز المخطِط عن الشـخص الفني.

التوصية:

تنطوي الخطوة التي تلي تفسير البيانات على التوصية بإجراءات اقترحتها البحوث التخطيطية. وقد ينطوي هذا الأمر على قرار حاسـم أو خيار بين عدد من الخيارات المختلفة، إذ تزداد مطالبة محللي التخطيط بالانتقال من مجرد نقل الأرقام إلى اتخاذ قرار. ومن المرجح أن يتوقع فريق التخطيط الإجابة الواحدة التي يبحثون عنها وليس الكثير من الخيارات المربكة. ويعكس التركيز المتزايد على تقديم توصيات التحول من نهج تخطيطي موجه من الناحية الفنية إلى نهج موجه إدارياً.

أنواع البحوث:

من المرجح أن ينطوي المكون البحثي لعملية التخطيط على مجموعة متنوعة من المنهجيات، يتحدد اختيارها حسب نوع المنظمة ونوع الخطة المشتركة. وينبغي عند صياغة التصميم البحثي لدعم الجهد التخطيطي دراسة ثلاث فئات عامة من البحوث استناداً إلى نوع المعلومات المطلوبة. هذه الفئات الثلاث هي الاستكشافية والوصفية والسببية.

يتمثل هدف البحث الاستكشافي في إدراك الطبيعة العامة للمشكلة أو الفرصة قيد الدراسة والعوامل المهمة المرتبطة بها. ويتميز البحث الاستكشافي بوجود درجة عالية من المرونة، وعادة ما يعتمد بشكل كبير على استعراض للأدبيات السابقة والدراسات المسحية ذات النطاق المحدود والمقابلات غير الرسمية والمناقشات والتقييم الشخصي للبيانات. وعادة ما يتم استخدام التصميمات الاستكشافية لجمع المعلومات الأولية في بداية المبادرة التخطيطية. ويتمثل الهدف هنا في الحصول على أفكار في السياق التخطيطي وجمع المعلومات، حتى لو كانت قصصية، قد تكشف عن المزيد من البحوث التخطيطية.

وينطوي البحث الوصفي على وضع لصورة واقعية لمختلف مكونات المجتمع أو المنظمة التي تجري دراستها. تعتبر الصورة العامة للسوق وتقييمات المجتمع وقوائم الموارد أمثلة على منتجات البحث الوصفي. ويمكن استخدام أي من مصادر المعلومات في دراسة وصفية، رغم أن معظم الدراسات من هذا النوع تعتمد بشكل كبير على مصادر بيانات ثانوية وأبحاث مسحية. إن الدراسات الوصفية المصممة بعناية هي أساس للبحث التخطيطي وهي تُعد أساساً لأي بحث لاحق يتم تنفيذه. ويتم توجيه الجزء الأكبر من الجهد المبذول في تجميع البيانات الموجهة للتخطيط نحو دراسات وصفية، دون الاضطرار إلى شرح «سبب» أي نتيجة من النتائج التي تمت ملاحظتها.

يحاول البحث الاستدلالي (أو الاستنتاجي) تحديد طبيعة العلاقة الوظيفية بين اثنين أو أكثر من المتغيرات في الحالة قيد الدراسة. فدراسة العلاقة مثلاً بين مكان التدريب الطبي وأنماط الإحالة الخاصة بالأطباء ربما تنطوي على تحليل للعلاقات بين السبب والنتيجة. وربما تسعى دراسة تدور حول استجابة السوق لحملة ترويجية إلى عزل وتحديد الطرق التي أدت فيها زيادة الإعلانات لارتفاع زيارات المرضى الخارجيين. وعادة ما تؤدي تصميمات البحث الاستدلالي للاستدلال على العلاقات، نظراً لأن العلاقة السببية المباشرة لا يمكن عادة توضيحها بشكل قاطع.

لا يمكـــن وصف إلا القليـــل من البحوث ذات المنحى التخطيطـــي التي أجريت في مجال الرعاية الصحية في الماضي باعتبارها أبحاثاً سببية. ورغم أن البحوث السببية أســـهمت في فهم دوافع الســـلوك الاســـتهلاكي في المجالات الأخـــرى، فإن تخطيط الخدمات الصحية ما زال أمامه طريق طويل للوصول إلى هذا المستوى من التطور.

خطوات في عملية تصميم البحث:

يمكن تصور عملية البحث التخطيطي باعتبارها محاولة متعددة المراحل. ويختلف العـــدد الدقيق للمراحـــل من محلل تخطيطـــي إلى آخر ومن مشـــكلة إلى أخرى، إلا أن جميـــع التصميمات البحثية تتضمن عناصر أساســـية معينة. فالعملية تنطلق من الاستعلام الأولي (مثل: هل إدارة اضطرابات الأكل من الخدمات التي تستحق المتابعة؟) إلـــى القرار النهائي الـــذي أصدرته المنظمة (مثل: ينبغي البدء في مشـــروع تجريبي لاضطرابات الأكل). لا يتفـــق خبيران تماماً على الخطوات المتبعة في عملية البحث، وتتميز البحـــوث التي تدعم تخطيط الخدمات الصحية بخصائص فريدة تميزها عن العملية في المجالات الأخرى. تمثل الخطوات المذكورة أدناه الترتيب العام للأنشـــطة الموجودة في خطة البحث، رغم أنه لا يوجد شـيء مقدس بشأن الترتيب الذي تقع فيه. فالخطوات الموجودة في عملية التصميم تتداخل أحياناً، وغالباً ما تتم في وقت واحد. ويجب تعديل هذه الخطوات حسب الاقتضاء لتتناسب مع ممارسة تخطيط معين.

تجميع المعلومات الأولية:

عـــادةً مـــا تنطوي الخطـــوة الأولى في البحـــث التخطيطي على تطويـــر فهم عام للمجتمع أو المنظمة التي يتم التخطيط لها. فالمطلوب بشـــكل واضح هو وجود معرفة عامـــة بالمجتمع من أجل التخطيط على مســـتوى المجتمع. وإذا جرت مبادرة تخطيط إستراتيجي للمنظمة، فينبغي حينها تطوير معرفة معقولة لطبيعة المنظمة. فالمطلوب لمبـــادرة التخطيط التســـويقي الحصول على معلومات عن المنتـــج أو الخدمة، وكذلك معلومات عن منطقة الســـوق. وإذا كانت هي مبـــادرة تخطيط أعمال، فينبغي تكوين فهم معقول للعملية المالية للمنظمة.

يُعد اســـتعراض الأدبيات القائمـــة المكان الطبيعي لبدء عملية البحث. تســـتخدم كلمة «الأدبيات» هنا بمعناها الواســـع جداً. فهي تشير في البحث التقليدي عادة إلى المجلات المهنية التي يتم فيها تدوين الحكم التقليدية الخاصة بمجال ما. وللأسف، لم يقم تخطيط الخدمات الصحية بعد بتطوير مجموعة من الصحف المهنية لما هو موجود

فـــي الصناعات الأخرى. (في الواقــع كان مصطلح «التخطيط الصحي» غائباً تقريباً عن أدبيات الصناعة خلال ثمانينيات وأوائل تســعينيات القرن العشرين). وستشتمل الأدبيات السابقة لتخطيط الخدمات الصحية ليس فقط على المجلات التقليدية ولكن ستشـــتمل كذلك على نشـــرات إخبارية وتقارير حكومية وورقات بحثية فنية وعروض اجتماعات مهنية وتقارير سنوية ومطبوعات للجمعيات المهنية.

أمـــا الآن، يمكن للقائمين على التخطيط الوصول إلى الإنترنت للقيام باســـتعراض الأدبيات الســـابقة وغيرها مـــن مصادر المعلومات ذات الصلـــة. ويمكن الوصول إلى أغلب قواعد البيانات الببليوغرافية عن طريق الإنترنت وأي عدد من المصادر الأخرى، بعضها مكتشـــف عن طريق الصدفـــة بالكامل، والتي يمكن الكشـــف عنها عن طريق الوصول إلى الشـــبكة العنكبوتية العالمية. وينطوي نوع آخر من «اســـتعراض الأدبيات الســـابقة» الإلكترونية على قـــدر متزايد من عمليات التبـــادل بالبريد الإلكتروني بين شـــبكة غير رســـمية من المهنيين الصحيـــين. تتوافر كمية متزايدة مـــن البيانات ذات الصلة بالصحة عبر الشـــبكة العالمية وأصبحت الإنترنت أداة بحث قياســـية. (انظر مربع ١١-١ لمناقشة البيانات الصحية على شبكة الإنترنت).

مربع (١١-١)

البيانات الصحية والإنترنت

أصبحت شـــبكة المعلومات العالمية، حســـبما اكتشـــف العالم الآن، مســـتودعاً عالمياً للمعلومات يمكن الوصول إليه بســـهولة عن طريق شـــبكة الإنترنـــت. ويُعتقد حتى كتابة هذا التقرير أن الموضوعات ذات الصلة بالصحة الموجودة على الإنترنت تعتبر أكثـــر من أي موضوعات أخرى. فلا يوجد فقط مزيـــد من المواقع التي تتعامل مع مزيد من الجوانب الصحية، ولكن بعضاً من المواقع الأكثر انتشاراً كانت من تأسيس منظمات رعاية صحية.

ورغم سلسلة البيانات ذات الصلة بالصحة المتاحة عبر الإنترنت، فإن أغلبها كان حتى وقت قريب ذا فائدة محدودة بالنسبة للمتخصص في الصناعة الصحية. فالأغلبية الساحقة من المواقع الصحية تقدم بيانات موجهة لمستهلكي الرعاية الصحية. وكان «الســـوق» المســـتعد مؤيداً لبيانات المســـتهلكين، ولم يكن هناك نقص في المنظمات الموجهة للمســـتهلكين الحريصة على إيجاد قدم لها على الشبكة. ويمكن لمستهلكي الرعايـــة الصحية اليوم إيجاد الطبيب أو تشـــخيص الحالة أو طلب أدوية بالوصفة ومكملات غذائية عبر الإنترنت.

وبحلول منتصف تسعينيات القرن العشرين، بدأ الإقرار باحتياج المعلومات الخاصة بالمختصين الصحيين. واستجابة لهذه الحاجة، تمثل رد مختلف المنظمات في تقديم بيانات عن طريق الإنترنت. واشتمل هذا على إتاحة عرض ملفات البيانات وتصفحها وتحميلها. حتى إن بعض المواقع الأكثر تقدماً سمحت فعلياً للمستخدم بمعالجة البيانات ببعض الطرق الأساسية. وبدأ حتى بائعو البيانات التجارية في البحث عن سبل تزيد من إمكانية الوصول إليها عبر الإنترنت.

وتصدرت الحكومة الفيدرالية مسئولية إتاحة البيانات الخام على الويب. فبذلت مؤسسات مثل مكتب الإحصاء ومراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها والمركز القومي للإحصاءات الصحية ومركز ميديكير وميديكيد جهوداً كبيرةً من أجل نشر ملفات بياناتها على الشبكة. فلا تمثل ملفات البيانات هذه فقط تحسينات على شكل المخرجات المرهقة (مثل الطباعة والشريط المغناطيسي) التي كانت تلك الهيئات تستخدمها في الماضي، ولكن يمكن نشر الملفات الموجودة على شبكة الإنترنت بشكل أسرع كثيراً من الملفات التي يمكن نشرها في شكل مطبوع. بالإضافة إلى ذلك، فإن العديد من هذه المواقع يقدم بيانات لتحميلها دون أي رسوم، وهي البيانات التي غالباً ما كان يتم شراؤها في الماضي من مختلف المؤسسات. لن يتم نشر بعض مجموعات البيانات هذه في شكل مطبوع، وهو ما يجعل مثلاً البيانات متاحة على مستويات جغرافية يكون من الصعب بأي حال نشرها بشكل مطبوع. وزادت أهمية التوزيع عبر الإنترنت مع إزالة الحكومة الفيدرالية ومصادر البيانات الأخرى للإصدارات المطبوعة من تقارير البيانات.

وكانت الاستجابة الأولية لمستخدمي البيانات الصحية حماسية. فأصبح أخيراً من الممكن الحصول على بيانات عن مجموعة متنوعة من المواضيع من «مصدر واحد». ولكن، مع جدية المرء في استخدام ملفات بيانات موجودة على شبكة الإنترنت من أي مصدر من هذه المصادر، يمكن أن يخمد هذا الحماس بسرعة. تواجه المسائل التالية المختصين الصحيين الذين يعتبرون الشبكة العالمية مصدراً قيماً للحصول على البيانات:

سهولة الوصول:

في حين أنه من السهل عموماً الوصول إلى المواقع التي تنشر ملفات بيانات، فإنه من المحتمل أن يواجه المستخدم وبسرعة عوائق عند البحث عن بيانات. (كما هو الحال

دائماً، فإن المشــكلة لا تتمثل فيما إذا كان الشــخص يعرف بالضبط مكان البحث) فالمواقع التي يشــرف عليها مكتب الإحصاء أو مراكــز مكافحة الأمراض مثلا تُعد مســتفيضة ومعقدة. وعلاوة على ذلك، قد لا يكون توفير ملفات البيانات من أجل الاســتخدام أو التنزيل الوظيفة الأساســية لهذه المنظمات ومواقعها على الإنترنت. وهكذا، قد يضطر مستخدم البيانات لاستعراض عدد من المواقع قبل التطرق حتى إلى مســألة البيانات. وحتى عند ذلك، من المتوقع أن تكون ملفات البيانات عديدة ويصبح البحث في الموقع مشكلة في غياب أي فئات معيارية.

سهولة الاستخدام:

ينبغــي أن يكون أحد مزايا ملفات البيانات المنســقة إلكترونياً هي أن تكون ســهلة الاستخدام. ويمكن للمستخدم عن طريق نشر ملفات البيانات هذه بصيغة «جداول البيانــات» أن يتنقل بســهولة خلال هــذه الملفات ومعالجة البيانــات فيها بعدد من الطرق. ولســوء الحظ، فإن العديد من هذه الملفات يقوم ببساطة بوضع نسخة من الشكل المطبوع في صيغة إلكترونية. وهي على هذا النحو غير قابلة للبحث، ويكون اســتخدامها كجداول بيانات محــدوداً. فهناك في الواقع بعض المزايا التي تقدمها الإصدارات المطبوعة أكثر من تلك الموجودة في الشكل الإلكتروني.

حجم وتركيبة الملف:

في كثير من الحالات تعد الملفات الموجودة على شبكة الإنترنت شيئاً أكثر من جيد. ونظــراً لأن كميــة البيانات التي يمكــن تضمينها في ملف إلكترونــي غير محدودة أساساً، هناك اتجاه لنشر ملفات كبيرة بحيث يصعب إدارتها. ويبدو أيضاً أنه يوجد اتجاه لوضع ملفات «غير محررة» على الشــبكة. على ســبيل المثال، قد تتم إتاحة قاعــدة بيانات فيدرالية متاحة للتنزيل وتحتوي علــى متغيرات داخلية في معظمها وغير ذات فائدة بالنســبة للمســتخدم. وبالتالي، فإن معالجــة ملف عديم الفائدة تتطلب بذل جهود أكثر مما يستحق الأمر في بعض الحالات.

التوثيق:

أي ملــف بيانات ســيطلب كمية واســعة من التوثيــق من حيث مصــادر البيانات ومنهجيات الحســاب وشــرح الأســماء المتغيرة... إلخ. كما أن الصيغة الإلكترونية تقدم ميزة مســاحة غير محدودة لعرض الوثائق. ومع ذلك، فإن الاندفاع في نشــر ملفات البيانات على الشبكة جعل العديد من الأشخاص يتغاضون عن خطوة وسيطة

مهمة وهي وضع صيغ وثائق قياسية. وحتى داخل الهيئة الحكومية الواحدة، فإن ملفات البيانات التي تم نشرها قد تتضمن مجموعة متنوعة من الصيغ المختلفة ذات أساليب توثيق مختلفة.

مسائل تتعلق بالتنزيل:

من أحد مزايا ملفات البيانات الموجودة على شبكة الإنترنت هي القدرة على تنزيلها للاستخدام في بيئة أخرى. ورغم أن هذه الميزة موجودة عموماً فيما يتعلق بملفات البيانات هذه، هناك مسائل تتعلق بالتنزيل وتمثل عوائق أمام الاستخدام الكفء لهذه الموارد. فالعديد من الملفات في صيغ تتطلب برامج متخصصة لكي يتم تنزيلها وقراءتها، في حين أن هذه المرافق متاحة بسهولة وغالباً ما يمكن تنزيلها مجاناً، ولكنها ليست بالضرورة واضحة بشكل حدسي للمبتدئين الذين يحاولون الوصول إلى ملفات البيانات هذه. كما أن بعض تطبيقات التنزيل هذه لا تعمل على جميع أجهزة الكمبيوتر ويتطلب تنزيل الأدوات المساعدة نفسها مستوى معيناً من الخبرة التقنية. علاوة على ذلك، بعض الملفات تكون كبيرة الحجم، وربما يتطلب فك ضغط هذه الملفات برامج مناسبة.

مسائل تتعلق بالجودة:

كما هو الحال مع مصادر البيانات الأخرى على الإنترنت، من الأسهل والأسرع نشر بيانات ذات صلة بالصحة على الشبكة عند التحقق من دقتها وفائدتها. وقد تتضمن ملفات البيانات التي يتم نشرها بيانات غير كاملة أو مؤقتة. وإذا كانت تتضمن بيانات تم جمعها من ولايات مختلفة مثلاً، ربما تختلف البيانات من حيث المنهجية أو الفترة الزمنية. وقد لا يكون هذا أمراً واضحاً بالنسبة للمستخدم، رغم أن هذه مسألة تتصل بملفات البيانات المطبوعة كذلك.

يُعد استخدام الإنترنت باعتباره وسيلة لإتاحة ملفات البيانات للعرض والتنزيل خطوة عملاقة إلى الأمام في توزيع البيانات الصحية. وفي الواقع، فقد أصبحت شبكة الويب بالفعل مصدراً واحداً للبيانات ذات الصلة بالصحة. ومع ذلك هناك مسائل مهمة متصلة بملفات البيانات التي تتم إتاحتها عن طريق هذه البيئة. هناك عوائق واضحة أمام الاستعمال الكفء قد تكون واضحة للمستخدمين ولكنها ليست من الوضوح بحيث تكون كارثية. رغم أن ملفات البيانات المطبوعة ستظل مفيدة، من المرجح أن يؤدي وجود شبكة الإنترنت إلى توسيع أهمية الوصول إلى ملفات البيانات الإلكترونية.

تحديد القضايا:

يُعــد تعريف القضية خطوةً مهمة في عملية البحث التخطيطي. ومن غير المرجح أن يكــون للمعلومات التي تنتجها عمليــة البحث قيمة كبيرة ما لم يتم تحديد القضايا بشــكل صحيح. ومن المرجح أن يتم في البحث التخطيطي تحديد «المشكلة» من حيث العمليــة أو القضايا المحددة المتصلة بالعملية. ولذلك فإن نطاق البحث يكون أوســع وأكثر انتشاراً عنه في أنواع أخرى من المشاريع البحثية.

يصبح فصــل القضايا ذات الصلة مهمةً مبكرة مهمة في عملية البحث. وعادة ما يتســبب في مبــادرات التخطيط حدوث أزمة أو مصدر قلق مــن نوع ما. ويمكن في كثيــر من الأحيان العثور على تأثير «قمة جبل الجليد» من حيث إن القضية الواضحة هي ببســاطة قمة جبل جليدي وتشــير إلى وجود مخاوف كامنة أخرى قد تكون أكثر خطــورة. وفي كثير من الأحيان قد تكون المشــكلة التي يطرحهــا الطرف الذي يبدأ العملية مختلفة تماما عن المشكلة «الحقيقية». وهذا جزء من فن البحث التخطيطي، إذ يستطيع المخطط دراسة الوضع وتحديد طبيعة القضايا الأساسية. ويمكن أن يشير بيان أكثر دقة للقضايا إلى مشكلة بحثية مختلفة للغاية عن البيان الأولي.

تطوير خطة البحث:

ينبغــي كما هو الحال في أي عملية بحثية وضع خطة بحثية تتم دراســتها بعناية. وينبغي أن توفر مرحلة جمع المعلومات الأولية دليلاً على أنواع البيانات التي ســتكون مطلوبة. كما ستتطلب طبيعة المبادرة التخطيطية شروطاً بحثية معينة. وبالتالي،عادةً مــا تتطلب خطة ما موضوعة علــى نطاق المجتمع مجموعة واســعة من البيانات عن الخطة الموضوعة على مســتوى المنظمة. فالخطة الإســتراتيجية سوف تنطوي على نطاق بحثي أوسع من الخطة التقنية وسيكون البحث عن الوضع التنافسي أكثر أهمية لخطة أعمال من وضع خطة موضوعة على نطاق المجتمع، وهكذا.

ســتحدد طبيعة المبادرة التخطيطية أهداف خطة البحث، وستحدد خطوات العمل المختلفة الجهد المطلوب. وســيُضَمُّ إلى خطة البحث فئات البيانات التي يتعين النظر فيها ووســائل لتجميع البيانات ذات الصلة وكذلك المؤشــرات التي سيتم استخدامها والأساليب الفنية التي سيجري استخدامها، من بين سمات أخرى.

تحدد خطة البحث التسلسل الذي سيتم فيه بذل الجهود البحثية المختلفة، والطرف

(الأطراف) المسـئول / المسئولة والموارد المطلوبة والأطر الزمنية المشتركة. كما ينبغي أن تحدد الخطة كذلك «المنتجات» المتوقعة من الجهد البحثي المبذول.

تحديد المنهج التحليلي:

تكـون البيانات مفيدة فقط بعـد تحليلها. فينطوي تحليـل البيانات على تحويل سلسـلة من الملاحظات، بغـض النظر عن كيفية الحصول عليهـا إلى بيانات وصفية و/أو اسـتنتاجات حول العلاقات. وتعتمد أنـواع التحليلات التي يمكن إجراؤها على طبيعة عملية أخذ العينات وأداة قياس البيانات وأسـلوب جمعها. وعند هذه المرحلة يتم تحويل البيانات الخام إلى معلومات تدعم عملية التخطيط.

ونظراً لأن معظم البحوث التخطيطية وصفية بالأسـاس، فمن غير المرجح توجيه الاهتمام نفسـه للأسـاليب التحليلية كما هو الحال في البحوث الأكثر قاعدية. ومع ذلـك، من المهم أن نتصـور أنواع المخرجات التي يُتوقع من البحوث أن توجدها وتحدد المنهج التحليلي الذي يوفر النتيجة المرجوة.

ويمكن اسـتخدام مجموعة متنوعة من المناهج التحليلية المختلفة، إذ يكون الاختيار إلـى حد كبير من إملاء نوع الخطة. سـتنطوي جميع الخطط تقريبـاً على التحليل الديموغرافي، ولكن اسـتخدام التحليل الوبائي مثلاً قد يكون أكثر ملاءمة للتخطيط على مسـتوى المجتمع منه للتخطيط على مسـتوى المنظمة. وسيتم عرض أمثلة على الأساليب التحليلية المفيدة لاحقاً في هذا الفصل.

تخصيص الموارد البحثية:

ينبغـي على المخطط بمجـرد وضع الخطـة البحثية أن يقوم بتقديـر متطلبات الموارد. وتتمثل المتطلبات في الوقت والمال وطاقم العمل. فإذا كان البحث سـيُجرى في المنظمة، يمكن تقسـيم الموارد إلى مصروفات مباشـرة (مثـل توظيف المزيد من الأشـخاص الذين يقومون بإجراء مقابلات) وإسـهامات «عينية» مثل وقت العاملين والمسـاحة المكتبية والإمدادات. ويشـير الوقت إلى كل من الزمن اللازم لاسـتكمال المشـروع والالتزام الزمني المطلوب من العاملين. أما الاحتياجات المالية وهي التمثيل النقـدي لوقت الأفراد ووقت الكمبيوتـر ومتطلبات المواد. بالإضافة إلى ذلك، ينبغي بقدر الإمكان حساب تكاليف الفرص التي يتكبدها المشاركون في البحوث ذات المنحى التخطيطي.

وإذا كان من سينفذ العملية خبير استشاري أو مورد خارجي، فينبغي حساب تحديد التكاليف بشكل مختلف. وسيقوم المستشار عادةً بتقديم اقتراح يشتمل على تقديرات التكاليف من أجل أداء البحوث المطلوبة. وسيعمل فريق التخطيط مع الاستشاري لتحديد طبيعة العملية وتقسيم العمل بين العاملين الداخليين وموظفي الاستشارات.

تتيح أدوات إدارة المشاريع مثل أسلوب مراجعة تقييم البرامج وأسلوب المسار الحرج وسائل مساعدة مفيدة لتقدير الموارد اللازمة لمشروع ما ولتوضيح عملية التخطيط والرقابة. وينطوي أسلوب مراجعة تقييم البرامج على تقسيم إجمالي المشروع البحثي إلى مكوناته الأصغر من الأنشطة وتحديد التسلسل الذي ينبغي فيه تنفيذ هذه الأنشطة وإرفاق تقدير زمني لكل نشاط وتقديمها على شكل رسم بياني يسمح بالفحص البصري للعملية بأسرها. تسمح التقديرات الزمنية للمخططين بتحديد المسار الحرج خلال الرسم البياني.

تجميع البيانات:

ينطوي تجميع البيانات على العملية الفعلية الخاصة بالحصول على بيانات خام سيتم تحويلها إلى معلومات لازمة للتحليل التخطيطي. ويمكن أن تتخذ عملية تجميع البيانات أشكالاً مختلفة، ولكنها تنطوي عادة على كل من تجميع البيانات الأولية واستخدام البيانات الثانوية. ويتم دائماً جمع بيانات ثانوية في البداية لأنها من المحتمل أن تكون متاحة بسهولة دون تكبد الكثير من ناحية النفقات الإضافية. ومن المرجح استخدام أبحاث أولية عند عدم التمكن من الحصول على أنواع معينة من البيانات من خلال أبحاث ثانوية.

ومن الواضح أن المخططين لديهم مجموعة متنوعة من الأساليب التي يمكن الاختيار بينها من أجل تجميع البيانات. وعند دراسة البدائل المتاحة لأي مشروع، فإن كل نهج له مزاياه وعيوبه الفريدة. وعند استخدام أي نهج منها، توجد مخاوف خاصة ينبغي على الباحث أن يعالجها وأن يدرك ضمان أن البيانات التي تم جمعها ستكون موثوق بها وصحيحة.

لا يوجد مشروع لا ينطوي على استخدام كل من البيانات الأولية والبيانات الثانوية. فعند القيام مثلا بجمع بيانات لدعم التخطيط لخدمة صحية جديدة، قد يقوم المحلل بـ: (١) دراسة سجلات المستشفى للحصول على معلومات متعلقة بتقديم خدمات مماثلة في السابق (البيانات الثانوية). (٢) إجراء مجموعة من المقابلات لتحديد

مواقف حالية للمستهلكين حول الخدمة (بيانات الدراسة المسحية الأولية). (٣) إجراء دراسة تجريبية يتم فيها قياس استقبال المستهلكين للخدمة المقترحة (البيانات التجريبية الأولية).

ونظراً لأنه يمكن جمع كمية غير محدودة من البيانات عن عدد لا حصر له من الموضوعات، ينبغي على المخطط أن يضمن أن تكون أي بيانات تم جمعها ذات صلة بالقضايا المطروحة. وينبغي على وجه الخصوص التأكد من أن البيانات التي تم جمعها «عملية». وقد يكون من المثير للاهتمام معرفة بعض الأشياء، ولكنها قد لا تكون ضرورية إذا كانت لا تسهم في هذه العملية. وينبغي على وجه التحديد أن يدرج المخطط الأسئلة التي تحتاج للإجابة عنها قبل نهاية الدراسة وينظم عملية تجميع البيانات وفقاً لذلك. كما ينبغي تحديد الاستخدام المحتمل لأي معلومات بشكل مسبق.

ستتم مناقشة أساليب إجراء البحوث الأولية في وقت لاحق في هذا الفصل. وسيتم شرح مصادر البيانات الثانوية في الفصل الثاني عشر.

تحليل البيانات:

ينطوي تحليل البيانات على عمليات معالجة وتناول وتحليل البيانات التي تم جمعها من خلال الوسائل المحددة في الخطة البحثية. ويمكن تطبيق مجموعة متنوعة من أساليب التحليل الإحصائي، رغم أن الطبيعة الوصفية لأغلب البحوث التخطيطية تخفف من استخدام التحليلات المتطورة. وستكون الإحصاءات الأساسية كافية لأغلب التحليلات التخطيطية.

إلا أن هناك من ناحية أخرى عدداً من الأساليب التحليلية التي يمكن الاستفادة منها والتي تسهم في تفسير البيانات. فيجب على مخطط الخدمات الصحية مثلاً أن يكون على دراية بالأساليب المستخدمة في التحليلات الديموغرافية والأساليب التي يطورها أخصائيو الأمراض الوبائية وأساليب التحليل التقييمي. سيتم شرح العديد من هذه الأساليب لاحقاً في هذا الفصل.

استخلاص النتائج:

يتمثل الهدف الرئيسي في تحليل البيانات التي تم جمعها في استخلاص استنتاجات ذات صلة بقضايا التخطيط. وستعتمد الاستنتاجات المستخلصة بشكل كبير على خطوة التحليل المذكورة أعلاه. وينبغي أن تستخلص الأساليب التي تم انتقاؤها بعناية نتائج مفيدة.

ويمكن استخلاص استنتاجات على مستويات مختلفة تواكباً مع النهج المتدرج كما هو موضح في مناقشة التقييم البيئي. كما أنه من المحتمل أن تكون هناك نتائج مستخلصة بشأن الوضع القومي وعلى مستوى الولاية وعلى مستوى السوق المحلي. ويمكن من ناحية أخرى استخلاص نتائج تكون محددة للغاية بالنسبة للدراسة التخطيطية. وربما تتعلق هذه بالنتائج الخاصة بنصيب السوق أو اتجاهات الاستفادة أو خصائص السوق المتغيرة.

ينبغي أن تكون هذه النتائج أساساً لأنشطة التخطيط اللاحقة. ويصبح البعض منها في الواقع جزءاً من الافتراضات التي تكرر ذكرها على مدى هذه العملية.

صياغة التوصيات:

تعد صياغة التوصيات أحد الأدوار الجديدة نسبياً للباحث، ولكنه دورٌ من المرجح أن تتزايد أهميته. وكان ينظر إلى البحوث التخطيطية في الماضي بوصفها مهمة دعم تقني. وكان دور الباحث يتمثل في نقل الأرقام إلى المشرفين الذين سيتخذون القرار المناسب.

أما مع تحول قضايا التخطيط إلى وضع أكثر تعقيداً وتحول أساليب البحث إلى وضع أكثر تطوراً، تزداد مطالبة المخططين بتقديم توصيات. فبدلاً من أن يقدم المحلل إلى صانع القرار ثلاثة خيارات تتم مقارنتها بشكل موضوعي من أجل مراجعتها، فقد يُطلب منه على الأرجح تحديد الخيار الأفضل بينها بالنظر إلى نتائج التحليلات المختلفة.

أساليب تجميع البيانات الأولية:

ستتطلب كل دراسة تخطيطية تقريباً تجميع البيانات الأولية. وسوف يكون هناك دائماً مواقف لا تكون فيها المعلومات المطلوبة متاحة. وهذا هو الحال بصفة خاصة في صناعة تمر بتغيرات سريعة وهائلة تميز الرعاية الصحية اليوم.

تتمثل الميزة الرئيسية للبيانات الأولية في أنه يتم تجميع المعلومات الخاصة بمشكلة أو بقضية معينة قيد التحقيق، وهو ما يجعل البيانات متصلة وحالية بشكل أكثر مباشرة من أغلب البيانات الثانوية. والميزة الكبرى الأخرى هي أن تجميع البيانات الأولية يسمح للمنظمة بالحفاظ على حقوق ملكية المعلومات التي يتم جمعها. كما يعطي إجراء البحوث الأولية للمخطط تحكماً في أنواع المعلومات التي يتم استنباطها،

بدلاً من الاضطرار إلى الاعتماد على الأسئلة التي يطرحها طرف آخر قد تكون بنوايا مختلفة تماماً.

ومع هذا فإن تجميع البيانات الأولية قد تشـوبه بعض المسـاوئ. فقد يترتب على تجميـع البيانات الأولية تكبد تكاليف كبيرة وربما يتطلب إتمام هذا الأمر فترة طويلة من الوقت. كما تتطلب إدارة البحوث الأولية بعض المهارات المتطورة إلى حد ما والتي قد لا تكون متاحة داخل المنظمة.

ينبغي تحديد وسائل تجميع البيانات عند الشروع في أنشطة البحوث الأولية. فيعتمد الأسـلوب «الصحيح» لتجميع البيانات على عدد مـن العوامل. هناك العديد من الطرق البديلة التي يمكـن الاختيار من بينها عند إجراء مثل هذه البحوث (Cresewll, 1994). وسـيتم أدناه شرح عدة طرق كمية ونوعية شائعة الاسـتخدام لتجميع البيانات الأولية. (يقارن مربع ١١-٢ بين النهج النوعي والنهج الكمي في البحث).

مربع (١١-٢)

إعادة البيانات النوعية

خلال أغلب فترات النصف الثاني من القرن العشرين، طغت أهمية البيانات الكمية على أهمية البيانات النوعية في مجال الرعاية الصحية كما حدث في المجالات الأخرى. وأصبح الباحثون والإداريون مغرمين بالدراسات المسحية بشكل خاص. ونظراً لوجود مجموعة كبيرة من المعارف المتعلقة بأبحاث الدراسات المسحية، فمن السهل نسبياً إجراء أي نوع من الدراسات التي تشتمل على مقابلات مع المرضى وعائلاتهم وأصدقائهم والمتخصصين في مجال الرعاية الصحية، والأطباء. كما كان يوجد في الواقع من يعارضون أي استخدام للبيانات النوعية، تحت زعم أن هذه المعلومات كانت «غير مباشرة» وأن العملية تفتقر إلى الدقة العلمية.

ولكن بحلول نهاية القرن الماضي ازداد شيوع استخدام البيانات النوعية، حتى في قطاع الرعاية الصحية. وأصبح إجراء مجموعات تركيز ومقابلات أخرى يعد من الممارسات المعتادة لمقدمي الرعاية الصحية. كما ازداد استخدام الملاحظة بالنسبة لتجميع البيانات وتحليل المحتوى لفحص البيانات من أجل تكملة النهج الكمي. وعززت البرامج الجديدة المصممة لتحليل البيانات النوعية من هذه الجهود.

ويعكس هذا الاهتمام المتجدد بالبحث النوعي إلى حد ما رغبة الباحثين المتزايدة في التخلي عن أوجه القصور في البحث الكمي في مجال الرعاية الصحية. هناك أبعاد شخصية عديدة لتجربة المرض وتشغيل نظام تقديم الخدمات. وعلاوة على ذلك لا يمكن ببساطة فهم العديد من جوانب الرعاية الصحية دون استخدام الطرق النوعية.

ومع دخول الرعاية الصحية للقرن الحادي والعشرين، يقر الباحثون والمخططون بقيمة كل من الأساليب النوعية والكمية، ويزداد تقدير أهمية استخدام هذه الأساليب إلى جانبها. فلم تعد الدراسات المسحية في مجال الرعاية الصحية تقتصر على الأسئلة ذات النهايات المغلقة التي تقيد الإجابات، بل يتم في كثير من الأحيان استخدام الأسئلة ذات النهايات المفتوحة وتخضع الإجابات لأساليب تحليلية نوعية. وفي منظمات الرعاية الصحية المدفوعة بالبيانات، يُعد الجمع والرصد والتحليل المستمر لكل من نوعي البيانات من الإجراءات العادية.

وينبغي أن تشتمل البحوث اللازمة لدعم عملية التخطيط على كل من الأساليب الكمية والنوعية. وينبغي أن يكون المخططون قادرين على تنسيق نوعي جمع وتحليل البيانات للقيام بتنفيذ عنصر البحث بنجاح في عملية التخطيط.

الملاحظة:

ينطوي البحث المبني على الملاحظة على أساليب تتم فيها ملاحظة تلك الإجراءات و/أو السمات التي تجري ملاحظتها إما عن طريق شخص آخر أو عن طريق جهاز تسجيل ميكانيكي مثل كاميرا الفيديو. ولا يتم في كثير من الأحيان الحصول على المعلومات من الأشخاص مثلما لو تمت ملاحظتهم. فيتم تنفيذ تجميع البيانات عن طريق الملاحظة وفقاً لقواعد محددة تستند إلى أهداف معلنة.

ينبغي قبل استخدام الملاحظة في البحوث التخطيطية تحقيق ثلاثة شروط كحد أدنى. أولاً: يجب أن تكون البيانات قابلة للوصول إليها عبر الملاحظة. فلا يمكن ببساطة ملاحظة الدوافع والاتجاهات والآراء والظروف «الداخلية» الأخرى، ومن ناحية أخرى، يمكن مثلاً ملاحظة وتسجيل السلوك في غرفة الانتظار. ثانياً: يجب أن يكون السلوك متكرراً أو يمكن التنبؤ به. وأخيراً: يجب أن يكون الحدث مستمراً لمدة قصيرة نسبياً. وهكذا، فإننا مقيدون عادةً بملاحظة الأنشطة التي يمكن الانتهاء منها في فترة زمنية قصيرة نسبياً، مثل زيارات العيادات أو شرائح الأنشطة ذات الفترات الزمنية الأطول.

وعادة ما تستخدم أساليب الملاحظة في البحث التخطيطي عندما لا يمكن الحصول على البيانات من خلال المقابلات أو من مصادر ثانوية. وهذا النهج مفيد بشكل خاص عندما يتم تحليل عملية ما. فقد يقوم مستشفى مثلاً بوضع ملاحظ مدرب في منطقة الانتظار الخاصة به لملاحظة عملية الدخول. وربما يقوم الملاحظون بتتبع مرضى حالات الطوارئ الفردية من اللقاء الأولي في منطقة الدخول من خلال الفحص في غرفة الطوارئ. تستخدم بعض المنظمات برنامج «المتسوق المهني» لتحسين قدرة المنظمة على أداء هذا النوع من أنواع أبحاث الملاحظة. يمكن لهؤلاء المرضى المحاكين من خلال استعراض عملية الدخول مثلاً الحصول على مزيد من المعلومات حول العملية أكثر من أي وسيلة أخرى.

تتميز أساليب الملاحظة بأنها إما مشاركة أو غير مشاركة. في الملاحظة المشاركة، يصبح الباحث جزءاً من المجموعة أو النشاط الذي تجري ملاحظته. وتسمح الملاحظة بالمشاركة للملاحظ بتحليل المجموعة أو الوقف أو العملية باعتباره «شخصاً مطلعاً». كما أنه عندما يصبح جزءاً من المجموعة، فإننا نأمل أن يتم التقليل من تأثير عملية الملاحظة في السلوك. ومع ذلك، لا يمكن للملاحظ المشارك عادة أن يدون ملاحظات أو أن يقوم خلاف ذلك بتسجيل الملاحظات التي يتم تدوينها. وبالتالي، ينبغي على الملاحظ أن يعتمد على الذاكرة لتسجيل الملاحظات في وقت لاحق. ويتصل أكبر قلق بالطبع باحتمال أن يغير مجرد وجود الملاحظ سلوك الأشخاص الذين تتم ملاحظتهم.

الملاحظة غير المشاركة تنطوي على موقف ينفصل فيه الباحث عن الأفراد أو الاتجاهات أو العمليات التي تجري ملاحظتها. وفي بعض الحالات، قد يرى الملاحظ الحالات من بعيد، أو من خلال مرآة طريق واحد لكشك الملاحظة في بيئات أكثر خضوعاً للرقابة. تتمثل ميزة هذا النهج في أن العملية لا تؤثر عادة في الظواهر التي تتم ملاحظتها؛ وذلك لأن الحالات لا تعرف أنه تتم ملاحظتها.

يتمثل أحد عيوب أبحاث الملاحظة في أن الباحث ليس في وضع يسمح له بالسيطرة على المتغيرات قيد الدراسة، إما مادياً أو إحصائياً. هذا بالإضافة إلى أنه من الصعب قياس بيانات الملاحظة بشكل كمي. من المرجح أن يكون هناك عدد قليل من الملاحظات، ولا تصلح النهاية المفتوحة للمعلومات التي تم جمعها للتحليل الكمي.

ورغم أن بيانات الملاحظة مفيدة في ملاحظة ما يفعله الناس، لكنها لا تستطيع أن تجيب عن السؤال، لماذا يتصرف الناس بالطريقة التي يتصرفون بها؟ وهكذا، فمن الضروري في كثير من الأحيان استكمال البحث المبني على الملاحظة بمقابلات شخصية أو أي شكل آخر من أشكال تجميع البيانات لتحديد الدوافع الكامنة وراء السلوك الملاحظ.

المقابلات المتعمقة:

عادة ما تشتمل المقابلات المتعمقة (أو المقابلات بين شخص وآخر) على شخص مجيب وشخص يجري المقابلة. تُعد المقابلة المتعمقة ذات قيمة عندما يتم استجواب الشخص المجيب فيما يتصل بإجاباته. تتطلب الأسئلة المعقدة أو الأسئلة التي لا تصلح لإجابات ثنائية بسيطة في كثير من الأحيان مقابلات شخصية. فليس من الضروري

أن تتبع المقابلة مجموعة محددة من الأسـئلة التي يجب طرحها بترتيب محدد سـلفاً، ولكن من الضروري أن تستنبط التحقيقات والأسئلة المعلومات المطلوبة.

ويشار في بعض الأحيان إلى المقابلات المتعمقة باسم مقابلات «إرشادية أساسية». فهي تستمر عادة لمدة (٣٠) إلى (٤٥) دقيقة، ولكنه قد تستمر لمدة عدة ساعات. فهناك مـدى ضمن المقابلة لطرح أسـئلة مخصصة، ومتابعة الـردود التي يبدو أنها تستحق مزيداً من الاستكشاف، واستنباط أفضل المعلومات الممكنة في هذا الإطار البحثي.

يبدو أن المقابلات المتعمقة هي الأكثر فائدة في الحالات التي لا تنجح فيها الأساليب الأكثر سطحية لتجميع البيانات. وتشتمل هذه الأساليب على حالات تتطلب تحقيقاً واسعاً أو عندما يكون الموضوع شديد التعقيد أو السرية أو الحساسية أو أن تأثير المجموعة (مثل وضع مجموعة التركيز) قد يكون مصدر تشتيت.

يمكن إجراء مقابلات متعمقة مع أي شخص يفترض أن يكون لديه معرفة بموضوع معين. ولكن تتم عادة في مجال الرعاية الصحية إجراء مقابلات متعمقة مع مقدمي معلومات رئيسيين: أي الذين لديهم مجموعة معينة من المعرفة (مثل المبدعين الفنيين)؛ أو لديهم منظور واسع تجاه القضايا (مثل مديري المستشفيات)؛ أو في موقع يمكنهم من أن يكونوا على دراية بوجهات نظر عدد كبير من الأشخاص (مثل مدير الموارد البشرية) أو من المحتمل أن يتبنوا آراء مؤثرة (مثل أعضاء الطاقم الطبي في المستشفى).

مـن الصعب أن نتصور اتخـاذ أي مبادرة تخطيطية داخل منظمة رعاية صحية ما دون أن يشتمل ذلك علـى مقابلات متعمقة مع مقدمي معلومات رئيسيين. وتتمثل إحدى المهام الأولية في تحديد المشكلات أو الفرص التي تواجهها منظمة ما. وتوفر المقابلات المتعمقة بيئة ممتازة لهذا النوع من تحديد المشكلات أو الفرص. ويتم في الواقع استخدام هذه المقابلات بصفتها أساسـاً لبناء أشكال دراسات مسحية يتم استخدامها في البحث الكمي اللاحق.

تخضع المقابلات الشخصية لبعض القيود. فهذا الأسلوب يتطلب أشخاصاً ماهرين في إجراء المقابلات، حتى أنه قد تكون هناك إمكانية للتحيز من جانب من يقوم بإجراء المقابلات أو سـوء الفهم من جانب المستجيبين. كما يوجد خطر خروج «الخبراء» عن صلب الموضوع. فمن الصعب السيطرة على الطبيب - المجيب على «منبر الخطابة».

المقابلات الجماعية:

أصبحت المقابلات الجماعية في السنوات الأخيرة أحد الأساليب النوعية الأكثر شعبية في مجال الرعاية الصحية. ويمكن أن تكون المقابلات الجماعية مهيكلة بصورة جيدة كما هو الحال مع مجموعات التركيز أو غير رسمية بشكل أكبر كما هو الحال مع المجموعات التي تتكون بشكل طبيعي. وتتكون مجموعات التركيز من مجموعة من الأشخاص الذين يتم جمعهم لمناقشة موضوع ذي اهتمام معين تحت إشراف وسيط محترف. والهدف هو جعل الأشخاص يعبرون عن مشاعرهم أو وجهات نظرهم حول مجموعة من الاهتمامات. أما المجموعات التي تتكون بشكل طبيعي في مجال الرعاية الصحية فهي قد تشتمل على جميع الأشخاص الذين يعملون في الوردية نفسها في قسم معين أو أسر وأصدقاء المرضى الذين يتم إدخالهم إلى المستشفى.

يمكن استخدام مجموعات التركيز لعدة أهداف. فيمكن مثلاً استخدام المعلومات المستخلصة من مجموعات التركيز في إنشاء أداة دراسة مسحية. ويتمثل الاستخدام الثاني المتكرر لمجموعة التركيز في تقييم الاحتياجات. فربما يرغب مستشفى مثلاً في فهم أكثر تعمقاً لنوع البرامج أو الخدمات التي يمكن أن يوفرها وقد تكون ذات قيمة بالنسبة لأطباء الإحالة.

يتم في كثير من الأحيان استخدام مجموعات التركيز لاختبار أفكار لبرامج أو خدمات جديدة. فيمكن لمجموعة طب عظام مثلاً أن تكون مجموعات تركيز بين آباء شباب تراوح أعمارهم بين ستة أعوام وثمانية عشر عاماً لتقييم جدوى إنشاء برنامج طب رياضي للأطفال.

أحد الاستخدامات القيمة الأخرى لمجموعات التركيز تتمثل في دراسة المعنى الكامن وراء نتائج الدراسات المسحية. تقوم المنظمة في كثير من الأحيان عند إجراء المسح الكمي بدراسة الاستجابة وتجد مثلاً أن (٥٠٪) من المرضى بغرف الطوارئ يعتقدون أن الخدمة غير مرضية. ويمكن لمجموعة التركيز بين مستخدمي غرف الطوارئ أن تساعد في الكشف عن الأسباب الكامنة وراء النتائج الكمية.

وكما هو الحال مع أي منهجية بحثية، هناك مزايا وعيوب في مجموعات التركيز. فمزايا مجموعات التركيز تتضمن ما يلي:

- التآزر الذي تنشئه بيئة المجموعة.
- القدرة على التحقيق للحصول على مزيد من المعلومات أو متابعة الاتجاهات غير المتوقعة.

- التكاليف المنخفضة نسبياً.
- الجمع القصير للبيانات والفترات الزمنية الخاصة بالتحليل.
- ثراء البيانات التي يتم جمعها.
- المدخلات المباشرة من المستهلكين أو المرضى.

هناك عـدة مزايا لمجموعة التركيز، ولكن من المهم أيضاً الإقرار بالقيود الحقيقية التي توجد لهذا الأسلوب. ويشتمل بعضها على ما يلي:

- عدم السيطرة على المتغيرات.
- عدم القدرة على استخدام أساليب التحليل الكمي.
- العيوب المعتادة الموجودة في التحليل النوعي للبيانات.
- مجموعة الاختلافات بسبب «العينات» الصغيرة.
- التحيز المحتمل للوسيط.
- عدم القدرة على تعميم النتائج.

من غير الممكن استخدام أسلوب مجموعات التركيز باعتبارها أداة رئيسية لأبحاث التخطيـط. إذ إنه لا يقدم رؤى مفيدة يمكن أن تسـهم فـي صياغة القضايا وتطوير الأنشـطة البحثية اللاحقة. فهو على هذا النحو بمثابة تكملة مفيدة لأنواع أخرى من البحوث المعتمدة.

البحوث المسحية:

إن العديد من مشـاريع التخطيط، إن لم يكن أغلبهـا، تنطوي على بعض البحوث المسحية. ويمكن أن تتخذ البحوث المسحية واحداً من ثلاثة أشكال شائعة: الدراسات المسـحية المرسلة بالبريد والمقابلات الشخصية والمقابلات الهاتفية. كما أن المقابلات من خلال أجهزة الكمبيوتر والدراسـات المسـحية بالفاكس أصبحت شـائعة. وسيتم أدناه شرح كل من هذه الأشكال من البحوث المسحية.

الدراسات المسحية البريدية:

تُعد الدراسـات المسـحية المرسـلة بالبريد إحدى الطرق الشـائعة لإدارة عينات الدراسات المسحية. وتنطوي هذه الطريقة على تطوير لأداة دراسة مسحية، وتحديد

عينة مناسبة من الأفراد المشاركين في الدراسة المسحية، وإرسال استمارات الدراسات المسحية بالبريد إلى العينة. ويتم تحليل استمارات الدراسات المسحية المستردة وفقاً لأساليب تحليلية محددة سلفاً.

تتميز الدراسات المسحية المرسلة بالبريد بأنها وسيلة غير مكلفة نسبياً لتجميع البيانات. وتنطوي التكاليف عادةً على نسخ استمارة الدراسة المسحية وسداد الرسم البريدي لإرسالها وإعادتها. كما تضمن الدراسات المسحية البريدية سرية المشاركين في الدراسة والقضاء على التحيز المحتمل للقائمين على المقابلات. كما أن البريد وسيلة فعالة للاتصال بالأفراد المتفرقين على مساحة جغرافية واسعة. ولهذا السبب يتم في كثير من الأحيان استخدام الدراسات المسحية المرسلة بالبريد في مجال الرعاية الصحية لجمع بيانات عن رضا المرضى.

رغم أن الدراسات المسحية المرسلة بالبريد تحظى بهذه المزايا، إلا أن هناك مساوئ عديدة لأسلوب تجميع البيانات هذا. فمعدلات الاستجابة للدراسات المسحية المرسلة بالبريد غالباً ما تكون منخفضة. فتُدار الأدوات بشكل ذاتي، وهو ما يترك العناصر مفتوحة للتأويل من جانب المشاركين في الدراسة. وربما يكون وقت الإرسال والرد طويلاً وقد تَحُول الأطر الزمنية القصيرة التي تميز الكثير من عمليات التخطيط التسويقي مثلاً دون استخدام مثل هذا الأسلوب.

المقابلات الشخصية:

تتمثل الطريقة الثانية لعمل دراسات مسحية على الأفراد في المقابلات الشخصية (أو المباشرة). تعد المقابلة الفردية وسيلة قيمة لتجميع البيانات عند استجواب المشارك في الدراسة بشأن ردوده أو ردودها. فمن الأفضل التعامل بشكل مباشر مع الأسئلة المعقدة أو الأسئلة التي تتطلب توضيحاً من جانب الشخص الذي يجري المقابلة. فهذه المقابلات قصيرة نسبياً على عكس المقابلة المتعمقة وهي تشرك عدداً أكبر من الأشخاص وتتطلب أن يكون الأشخاص الذين تُجرى المقابلات معهم ممثلين للسكان الذين تتم دراستهم. كما تتطلب المقابلات الشخصية مستوى أقل من مهارات إجراء المقابلات ومعرفة أقل بالموضوع من المقابلات المتعمقة.

نجد أنه في البحوث التخطيطية يكون التركيز في الغالب على جمهور محدد. ولهذا السبب، كثيراً ما تجرى مقابلات في الموقع. ومن أمثلة ذلك غرف الانتظار في العيادات وأقسام الطوارئ ومنشآت الرعاية الصحية الأخرى. أصبح نهج الدراسات

المسحية هذا مشهوراً خلال السنوات الأخيرة نظراً لأنه يتميز بإجراء مقابلات مباشرة دون تكبد مصروفات الفحص من باب إلى باب الموجود في الدراسات المسحية المجتمعية.

كانت الدراسات المسحية تُجرى بشكل روتيني في السابق، لكنها اليوم أصبحت أقل شيوعاً. يتم في الدراسة المسحية المجتمعية اختيار عينة من الأسر ويقوم الشخص أو فريق الأشخاص الذي يجرون المقابلة بالاتصال بالأفراد في منازلهم لإجراء المقابلات. أما في وقتنا الحالي، فقد أصبحت التكاليف المترتبة على الدراسات المسحية المجتمعية باهظة. كما أن الخطر الذي يحيط بإرسال أشخاص يجرون مقابلات إلى مختلف الأحياء جعل العديد من المنظمات البحثية تتردد في استخدام هذا النهج. وفي الوقت نفسه، من الصعب العثور على مشاركين في الدراسات في المنزل خلال أغلب أوقات النهار ويحجم الأشخاص المشاركون المحتملون بشكل متزايد عن فتح أبوابهم أمام الغرباء.

ومن حيث التكلفة، تُعد المقابلة الشخصية الأكثر تكلفةً بين أساليب الدراسات المسحية. ويلزم وجود أشخاص مدربين على إجراء المقابلات، وينبغي دراسة جميع تكاليف سفر الأشخاص الذين يجرون المقابلات في الميزانية. وهناك عيب آخر بالإضافة إلى التكلفة وهو احتمال انحياز الشخص الذي يجري المقابلة. كما أن الأشخاص غير المدربين على إجراء المقابلات قد يشترطون الحصول على إجابات معينة من خلال ردود أفعالهم أو عن طريق الإجابات أو بواسطة سلوكياتهم أو أنهم قد يفشلون في اتباع صياغة الدراسة المسحية بشكل دقيق.

المقابلات الهاتفية:

يتمثل ثالث أساليب الدراسات المسحية المشهورة في المقابلات الهاتفية. هناك تزايد في الشكاوى من المستهلكين بشأن الطبيعة التطفلية لإجراء دراسات مسحية عبر الهاتف، ولكن هذه المنهجية ما تزال توجد بها العديد من المزايا. فتُعد المقابلات الهاتفية وسيلة سريعة للحصول على المعلومات، فيمكن الحصول باستخدام عدة أشخاص لإجراء مقابلات هاتفية متعددة على بيانات كثيرة في فترة زمنية قصيرة. فإذا كان بعض الأشخاص الذين يجرون المقابلات يتمتعون بشيء من القدرة على التواصل، فمن الممكن عموماً الحصول على معدل استجابة عالية. إن إجراء مقابلات هاتفية يسمح للشخص الذي يجري المقابلة بدرجة معقولة من التحقيق. من ناحية

أخرى، رغم أنه من الصعب في كثير من الأحيان على المشارك في الدراسة إنهاء المقابلة الشخصية، يمكن بسهولة إنهاء المقابلة عبر الهاتف.

هناك تحيز متأصل عند الحصول على العينات في المقابلات الهاتفية من حيث إنها تتطلب أن يكون لدى المشارك في الدراسة هاتف. ورغم ارتفاع معدل تملك الهواتف في هذا البلد، هناك بعض المناطق أو المجموعات السكانية التي يكون لديها نسبة تملك الهواتف أقل كثيراً من المعدل الوطني. فالسكان من ذوي الدخل المنخفض والأقليات العرقية والإثنية على وجه الخصوص لديهم مستويات تركيب الهواتف أقل من المستوى المتوسط.

تزداد مطالب الأشخاص بإيجاد أرقام هواتف غير مدرجة وهو ما يجعل من دليل الهواتف أقل إفادة، وهو دائماً إطار عينات مشكوك فيه. يقوم أحد أساليب معالجة هذه المشكلة باستخدام برامج كمبيوتر لأداء سلسلة اتصال عشوائي بالأرقام يعمل من بادئات تستخدم في منطقة وتقوم بإنشاء الأربعة أرقام الأخيرة بشكل عشوائي. وهناك أسلوب آخر ينطوي على اختيار عشوائي لأرقام مذكورة في دليل الهواتف أو دلائل أخرى وإضافة أو طرح رقم واحد من الرقم الأخير. (انظر ديلمان Dillman (1978) باعتباره مرجعاً قاطعاً بشأن الإدارة الفعالة للدراسات المسحية عن طريق البريد والهاتف).

أصبح إجراء المقابلات الهاتفية بمساعدة الكمبيوتر Computer-assisted telephone interviewing (CATI) أكثر شيوعاً بين الباحثين في الدراسات المسحية وجعلت البرامج الرخيصة من هذه التقنية متاحة لأغلب الأشخاص الذين يجرون مقابلات. كما ينطوي نظام إجراء المقابلات الهاتفية بمساعدة الكمبيوتر على محطة عمل دراسات مسحية، إذ يقوم الشخص الذي يجري المقابلات الهاتفية بإدخال إجابات لعناصر الدراسة المسحية مباشرة في الاستبيان الذي تتم برمجته في النظام. ويتم إدخال الردود بشكل تلقائي في الكمبيوتر وعادة ما يتم إدخالها مباشرة في قاعدة البيانات لاستخدامها من أجل التحليل. ويمكن للمعلومات الموجودة في تطبيق البرنامج أن «يحدد» الإجابات الخارجة عن الموضوع وضبط الأسئلة اللاحقة استناداً إلى الإجابات السابقة وقيادة الشخص الذي يجري المقابلات بشكل تلقائي من خلال سلسلة من الأسئلة المتفرعة.

المقابلات من خلال الكمبيوتر:

زادت شعبية المقابلات من خلال الكمبيوتر، إذ أصبحت البرامج أكثر ملاءمة للمستخدمين، وأصبح عامة الناس أكثر ارتياحاً مع أجهزة الكمبيوتر. ويعرض الكمبيوتر في هذه المقابلات بنود الدراسة المسحية على الشاشة للمشارك وتكون بالشكل نفسه الذي ستظهر به على الاستبيان المطبوع الخاص بالمقابلة.

وينتشر استخدام مقابلات الكمبيوتر في الموقع في أماكن الرعاية الصحية. ويتمثل الاستخدام الأكثر شيوعاً حتى الآن في جمع بيانات رضا المرضى. فيُطلب من المشارك بعد زيارة العيادة مثلاً أن يجلس أمام جهاز الكمبيوتر و«يملأ» الاستبيان الذي يظهر أمامه على الشاشة. وتسمح النظم الأكثر سهولة للمستخدم بلمس الإجابة المناسبة على الشاشة. والبعض الآخر قد يكلف الشخص الخاضع للمقابلة جهد الضغط على مفاتيح معينة على لوحة المفاتيح.

يتميز نهج جمع المعلومات في الموقع بأنه يحصل المعلومات في وقت تكون فيه سابقة لأوانها. فهو يسمح للباحثين بالحصول على ردود من كل مريض تقريباً بدلاً من الاعتماد على عينة فقط. ويعتبر توفير المعلومات أمراً سهلاً بالنسبة للشخص المناسب ويتمتع النظام القائم على مساعدة الكمبيوتر في كثير من الأحيان بالقدرة على تعديل نفسه أثناء المقابلة وتحرير الإجابات وحتى إجراء التحليل. وتوفر المقابلات من خلال الكمبيوتر الوقت والموارد وتستغني عن الكثير من الورق الذي يتم استخدامه في دراسة مسحية. يمكن عادة الحصول على نتائج الدراسات المسحية خلال ساعات إن لم يكن خلال دقائق.

تتمثل عيوب هذا الأسلوب في أن الدراسة المسحية يجب أن تكون قصيرة نسبياً ويجب أن تكون بنود الدراسات المسحية بسيطة للغاية وواضحة تماماً وينبغي أن يكون المرضى على استعداد للتعاون، وخصوصاً إذا كانوا يعانون من رهاب الكمبيوتر. فهناك دائماً خوف من أن المرضى قد يشعرون بالضجر عندما يُطلب منهم القيام بهذه المشكلة الإضافية، لاسيما إذا كانوا على غير ما يرام أو إذا كانوا قد قاموا للتو بدفع رسوم ضخمة. وبالإضافة إلى هذا، يشعر بعض المحللين بأن الردود الخاصة برضا المرضى غير صالحة إلا إذا كان سيمر على الزيارة بعض الوقت بل قد يؤكدون أن الدراسات المسحية التي أجريت مثلاً بعد أسبوعين من الزيارة صالحة أكثر من تلك التي أجريت في وقت القيام بالزيارة.

لقد ازداد شيوع إدارة الدراسات المسحية من خلال استخدام أجهزة الفاكس. فرغم أن هذا ليس نهجاً مفيداً بشـــكل خاص لتجميع البيانات من المرضى أو عامة الجمهور، فهو يثبت أنه وســـيلة فعالة لإجراء دراســـات مســـحية مع بعض الجماهير المستهدفة. فيبدو أن الاستبيان «المرسل بالفاكس» أكثر أهمية مع مجموعات المشاركين التي يصعب الوصول إليها من الاستبيان المرسل بالبريد. فمن المرجح أن يصل إلى أيدي المشاركين أكثر من الاستبيان المرسل بالبريد أو حتى المكالمة الهاتفية، كما أن إعادة الإجابات عبر الفاكس أســـهل من إعادتها من خلال البريد. ويبدو أن فئات المشـــاركين التي يصعب الوصول إليها مثل الأطباء أو مديري مكافآت العاملين مناسبة خصوصاً لهذا النهج.

بدأ بعض الباحثين في إدارة الدراســـات المســـحية عن طريق شبكة الإنترنت التي ازدادت شـــعبيتها جراء ازدياد انتشـــارها بين عامة الناس. وعلى افتراض أن السكان المســـتهدفين «متصلون بالشبكة»، فإن تجميع البيانات عن طريق شبكة الإنترنت مريح وغير مكلف. وحتى وقتنا هذا، يعمل هذا الأسلوب بشكل أفضل في حالة وجود شبكة قائمة من العملاء أو مجلس استشـــاري أو أي تجمعات أخرى قد تكون متصلة بالفعل بالبريـــد الإلكتروني، وليس لعامة المســـتهلكين. ومع زيادة معدلات الانتشـــار ومعرفة المســـتهلكين بهذا الأســـلوب الخاص بتجميع البيانات، فمما لا شك سيزداد استخدام شبكة الإنترنت للدراسة المسحية.

الأساليب التحليلية:

نظـــراً لأن البيانات أصبحت متاحة على نطاق أوســـع في مجال الرعاية الصحية، تحـــول بعض التركيز من تجميع البيانات إلى تحليلها. فالبيانات غير المحللة لا فائدة منها من الأســـاس، إذ ينبغي معالجتها وتفسيرها لتحويلها إلى معلومات. هناك عدد من الأساليب التحليلية المتوفرة لهذا الهدف، وسيتم شرح أهمها أدناه.

التحليل الديموغرافي:

من الواضح أن اســـتخدام البيانات الديموغرافية الوصفية يُعد أساساً في البحث التخطيطـــي في مجال الرعاية الصحية كمـــا هو الحال في أي صناعة أخرى. ينبغي أن يكـــون الباحـــث ملمـــاً بالعديد مـــن المتغيرات التـــي يمكن أن تنـــدرج تحت عنوان الديموغرافيـــات، وأن يكون قادراً على الوصول إليهـــا، وتطبيقها في البحوث بطريقة ذكية.

إلا أن الحاجة إلى الديموغرافيات لا تنتهي مع ذلك بديموغرافيات وصفية أساسية. فينبغي أن يكون محللو السوق على دراية بثلاث عمليات ديموغرافية تسهم في إحداث تغيير في حجم وتركيبة السكان. هذه العمليات هي الخصوبة والوفيات والهجرة. كل عملية من هذه العمليات لها مجموعة من الأساليب الإحصائية ذات الصلة ينبغي أن يكون المحلل على دراية بها. وتمثل هذه العمليات الثلاث كثيراً من الديناميكيات التي تميز أسواق الرعاية الصحية.

كما يوجد عدد من الأساليب الديموغرافية الأكثر تقدماً التي ينبغي دراستها، فينبغي أن يكون محلل التخطيط على دراية بإجراءات تحليل جماعي، لأن هذا أمر مهمٌ جداً لفهم التغيرات المستقبلية في الطلب على الخدمات الصحية. كما ينبغي أن يكون المحلل على دراية بأساليب المقارنة المعيارية، لأن هذه الأساليب مهمة عند المقارنة بين الأسواق. كما تتزايد أهمية تحليل السياق بصفته نهجاً لفهم السلوك الصحي.

إنه من المناسب دراسة التقديرات والتوقعات الخاصة بالسكان تحت عنوان التحليل الديموغرافي، فيجب أن يكون المحلل على دراية بالأساليب المستخدمة في إيجاد مثل هذه البيانات «الاصطناعية»، لأن هذه البيانات مهمة في أي بحث تخطيطي. علاوة على ذلك، فإن الأساليب الأساسية مهمة كذلك لأنه قد يحل الوقت الذي يُطلب فيه من المحلل إنشاء تقديرات أو توقعات مخصصة. (انظر مربع ١١-٣ لمناقشة التوقعات والتقديرات).

مربع (١١-٣)

التقديرات والإسقاطات والتوقعات

ينبغي أن تنطوي تقريباً كل التحليلات التي أجراها مخططو الخدمات الصحية على استخدام التقديرات والتوقعات و/ أو الإسقاطات. وفي كثير من الحالات، لا توجد بيانات فعلية فيما يتعلق بمجال الخدمة أو نشاط الرعاية الصحية قيد الدراسة والمطلوب تقديرات الطلب أو الاستفادة. كما أن طبيعة الخطط المستقبلية بطبيعتها تستدعي الاستخدام المتكرر للتقديرات والتوقعات والإسقاطات. فكل نوع من هذه الأنواع من حساب البيانات التي يشار إليها أيضاً بالبيانات «الاصطناعية»، لها خصائص واستخدامات مختلفة.

تنطوي التقديرات على حساب الإحصاءات لفترة زمنية حالية أو ماضية. تقديرات السكان شائعة، ولكن يمكن كذلك عمل تقديرات للإصابة بحالة صحية أو مقدار استخدام الخدمات الصحية. وعادة ما تشتمل التقديرات على تقدير استقرائي أو استيفاء للبيانات الفعلية (مثل بيانات الإحصاء) لمدة فترتين أو أكثر من الفترات الزمنية المعروفة. تُعد نقطة انطلاق معظم التحليلات التخطيطية هي عدد السكان الحالي ومجموعة المرضى أو حتى مستوى الطلب وينبغي في كثير من الأحيان تقدير هذه الأرقام. ويتم استخدام مجموعة متنوعة من الأساليب لتوليد التقديرات وقد قام العديد من بائعي البيانات التجارية ببناء أعمال كبيرة تقوم بإعداد تقديرات السكان و/ أو الطلب على الخدمات الصحية.

تنطوي الإسقاطات على تقديرات السكان أو بعض الظواهر الأخرى القابلة للقياس لفترة زمنية في المستقبل. ويركز التخطيط بشكل مثالي على الظروف المستقبلية، بحيث ينبغي استخدام بعض الطرق لوضع صورة للمستقبل. وتعكس الإسقاطات بحكم طبيعتها الاتجاهات السابقة وتحملها إلى المستقبل. فربما يقوم المحللون، الذين يقومون بتوليد الإسقاطات، بمجرد استقراء لاتجاه في المستقبل أو تطبيق تعديلات تستند إلى تطورات معروفة أو محتملة في المنطقة التي يتم فيها إجراء الإسقاط. وسيتم بعبارة أخرى تعديل اتجاه معروف استناداً إلى افتراضات حول المستقبل في هذه الحالة. وكما هو الحال مع التقديرات، يتم استخدام عدد من الطرق المختلفة لتوليد الإسقاطات، ويشارك بائعو البيانات التجارية بشدة في إنتاج الإسقاطات بشكل صناعي للسكان في المستقبل أو غيرها من الظواهر التي تهم مخططي الصحة.

التوقعات تشبه الإسقاطات من حيث إنها تقدم تقديراً للظروف الملائمة لنقطة مستقبلية ما من الزمن. وقد تعتمد التوقعات أو قد لا تعتمد، حسب المنهجية المستخدمة، بشكل كبير على الاتجاهات الماضية. تُعد السمة المميزة للتوقعات هي أنها تحاول أن تضع التطورات المستقبلية المحتملة في الاعتبار. ولهذا السبب هناك ما هو أكثر من بعد ذاتي في صياغة التوقعات المتصلة بالإسقاطات. من المرجح أن يحاول المتوقع توقع التطورات المستقبلية التي من شأنها أن تؤثر في حجم السكان أو مستوى الطلب، وقد يكون بشكل مستقل تماماً عن أي تطورات سابقة. وغالباً ما تستخدم النماذج الاقتصادية القياسية لتوليد توقعات بدلاً من إسقاطات بسبب ميلها لإدراج عدد من المتغيرات التي يعتقد أنها تعكس التطورات المستقبلية. وشجع عدم وجود صلة للاتجاهات الماضية بالتطورات المستقبلية في مجال الرعاية الصحية عدداً متزايداً من المحللين على توليد توقعات.

التحليل الوبائي:

يُعد علم الأوبئة أحد التخصصات الطبية المعنية بتوزيع الأمراض في عدد السكان. ومع تطور تعريفات الصحة والمرض، اتخذ علم الأوبئة معنى أوسع يشمل تقريباً أي عامل متصل بالإصابة بالمرض. وظهر في السنوات الأخيرة فرع علم الأوبئة الاجتماعي لمعالجة العلاقة التي تزايدت أهميتها بين الظروف الاجتماعية والحالة الصحية (Dever, 1991).

كون علم الأوبئة مجموعته الخاصة من الأساليب التحليلية، الكثير منها متصل بالبحوث التخطيطية للرعاية الصحية. وقام أخصائيو الأمراض الوبائية بوضع بعض الأساليب التي تمت مناقشتها في مواضع أخرى. وجاءت إجراءات حساب معدلات الإصابة والانتشار من هذا المجال، وجاء العديد من المؤشرات المستخدمة في تحليلات الخصوبة والوفيات من هذا التقليد. ويمكن أن تعزى الأساليب التحليلية المتقدمة مثل تحليل جدول الحياة وتحليل البقاء إلى أخصائيي علم الأوبئة.

تبرز فائدة التحليل الوبائي في تكوين صورة عامة عن منطقة خدمة أو مجموعة سكانية ما، ولاسيما من منظور الصحة العامة. وسيضمن الاهتمام المتزايد في مجال الرعاية الصحية المستند إلى السكان وإحياء القلق بمجال الصحة العامة على عودة الأمراض المعدية أن تظل الوسائل الخاصة بالأمراض الوبائية ضرورية في مجال أبحاث التخطيط الصحي.

التحليل المكاني:

يُعــد التحليل المكاني أحد المفاهيم التــي وضعها الجغرافيون، وتركز على العلاقات المكانية بين الظواهر الموجودة في البيئة. ويتجاوز هذا النهج التخطيط البسيط للبيانات (وهو أمر مهم بالتأكيد لأهداف وصفية) إلى حســاب الإحصاءات المســتندة إلى توزيع الحالات على الخريطة (Plane and Rogerson, 1994). ويتحســن النهج المكاني على التمثيل غير المكاني لأنه يأخذ في الاعتبار قرب أو عزلة الظواهر قيد الدراسة.

تم وضــع أنظمــة المعلومــات الجغرافية للاســتخدام بواســطة المخططين الذين يســاعدون فــي أداء التحليلات المكانية. ويمكن اســتخدام برامــج أنظمة المعلومات الجغرافية لوصف وتحليل التوزيع الجغرافي مثلاً للأمراض أو الأشــخاص المعرضين للخطر لوضع ظروف صحية معينة. ويمكن استخدامها لاستهداف شرائح من السكان وتحديد مواقع لبرامج أو مرافق العلاج. ويســمح البرنامج بتصور البيانات ويســهل تحليل التباين الجغرافي والطولي. ويحظى هذا النهج بالكثير من القواســم المشتركة مع الأساليب الوبائية، نظراً لأن أحد التطبيقات الرئيسية لأنظمة المعلومات الجغرافية هو دراسة الظواهر الوبائية. وأثارت المخاوف الأخيرة بشأن تهديد الإرهاب البيولوجي مزيــداً من الاهتمام بالتحليل المكاني على النحو المطبق مثلاً في التشــتيت الجغرافي للمسبب المرضي.

ويمكن اســتخدام التحليل المكاني بإنشــاء مجموعة متنوعة مــن أنواع الخرائط. ويتوقــف الاختيــار على القضايا قيد الدراســة ونوع التحليل الذي يتــم إجراؤه. أما البرمجيات فلديها عادة القدرة على الربط بين متغيرين أو أكثر من المتغيرات المرتبطة وإجراء تحليل إحصائي. وفي الواقع، أصبح تحليل إمكانية الوصول بالنسبة للخدمات الصحيــة المتاحة، والتي أصبحت ممكنة بفضــل برمجيات نظم المعلومات الجغرافية، أســلوباً قياسياً في الدراســات التخطيطية. وتشمل برامج نظم المعلومات الجغرافية القــدرة على «الترميز الجغرافي» للبيانات لخطي عرض وطول محددين. ويعني هذا أنه يمكن رسم المكان المحدد من أجل عرض الظواهر على الخرائط.

رغم أن التحليل المكاني أصبح ذا أهمية متزايدة مع إدخال نظم معلومات جغرافية منخفضة التكلفة وســهلة الاستخدام، تتطلب هذه الطريقة مستوى معيناً من المهارات المتخصصــة. ويعتبــر الجغرافيون الطبيــون وغيرهم ممن لديهم خبــرة في التحليل المكاني في مجال الرعاية الصحية نادرون ومن المرجح أن يتم اســتخدام هذه الطريقة على نطاق واسع في مجال الرعاية الصحية بعد فترة من الوقت.

تحليل التقييم:

تحليـــل التقييم له تاريخ طويل خارج مجـــال الرعاية الصحية ولكنه يبدأ في إيجاد عدد متزايد من التطبيقات ذات الصلة بالصحة. ويمكن اســـتخدام أســـاليب التقييم فـــي عدد من الطرق في مجال الرعاية الصحية. فيمكن اســـتخدامها لتقييم برنامج أو خدمة معينة (ســـواء بأثر رجعي ومستقبلي). ويمكن استخدامها في تقييم أنشطة التســـويق المختلفة وكذلك يمكن اســـتخدامها بشـــكل أقل في تقييم الســـوق. وربما يرتبط الاستخدام الأكثر فعالية للتقييم في مجال الرعاية الصحية بدراسات الجدوى وتخطيط الأعمال. ويمكن اســـتخدام أســـاليب التقييم المختلفـــة (مثل تحليل التكلفة والمنفعة) من أجل تخطيط برامج جديدة.

يتم تصميم أســـاليب التقييم في أوسع تطبيقاتها من أجل: ١) توفير أساس لصنع القرار وصياغة السياسات. ٢) تقدير وتقييم التقدم الذي تم إحرازه. ٣) رصد وإدارة البرامج. ٤) إنشاء معلومات لتحسين البرامج. ويمكن لتحليل التقييم على هذا النحو أن يعمل بمثابة عنصر قيم لأية دراسة تخطيطية.

تركز أساليب التقييم على نوعين من التحليل: تحليل العملية (أو التحليل التكويني) وتحليل النتائج (أو التحليل التجميعي). فالأسلوب الأول يقوم بتقييم النظم والإجراءات والاتصالات وغيرها من العوامل التي تســـهم في التشـــغيل الكـــفء لبرنامج ما. ومن ناحيـــة أخرى، فإن تقييم النتائج يركز بشـــكل أكبر على النتائـــج النهائية. يقوم تقييم العمليات بقياس الكفاءة في الأساس، في حين يقوم تقييم النتائج بقياس الفعالية.

رغم أن أســـاليب التقييم كثيراً ما تتم الإشـــادة بها نظـــراً لموضوعيتها في النهاية؛ لكنها مفيدة أيضاً في مجال الرعاية الصحية، إذ من غير الممكن وضع قيمة مالية على كل شـــيء. وبالتالي، فإن تحليل فعالية التكاليف يمكن أن يأخذ في الاعتبار الجوانب غير الملموسة لعملية تسليم الخدمات في تقييمها.

تحليل نقاط القوة والضعف والفرص والتهديدات (SWOT):

أصبح تحليل نقاط القوة والضعف والفرص والتهديدات أحد الأســـاليب الشـــائعة بشـــكل متزايـــد لتقييم موقف منظمـــة رعاية صحية ما داخل ســـوقها. كما يمكن أن يستخدم في تقييم الخصائص العامة للنظام الصحي لمجتمع ما. وينطوي تحليل نقاط القوة والضعف والفرص والتهديدات على فحص نقاط القوة ونقاط الضعف والفرص والتهديدات المتصلة بالمجتمع أو المنظمة.

في حالة التخطيط على مستوى المجتمع، من الطبيعي تحديد نقاط القوة في نظام الرعاية الصحية في المجتمع بشكل عام، وكذلك البرامج أو المنشآت الفعالة أو المطورة بشكل جيد. ويمكن بالطريقة نفسها تحديد نقاط الضعف في نظام الرعاية الصحية في المجتمع. ويمكن أن تتخذ الفرص شكل تخصصات خدمية يمكن معالجتها أو مصادر جديدة للمرضى المؤمن عليهم أو مشاريع تعاونية محتملة. كما أن التهديدات قد تأخذ شكل نظام ذا قدرة أقل من اللازم أو ذا قدرة أكبر من اللازم أو تراجع السداد لمرضى «القطاع العام» أو المنافسة الشديدة بين اللاعبين. أما في حالة المنظمة، فإن تحليل نقاط القوة والضعف والفرص والتهديدات يشتمل على عمليات تدقيق داخلية وخارجية.

ينبغي أن يشتمل تحليل نقاط القوة والضعف والفرص والتهديدات على مدخلات من البحوث الكمية التي يجري إجراؤها وكذلك من مقابلات تتم إدارتها. ونظراً لأن نقاط القوة ونقاط الضعف والفرص والتهديدات التي تم تحديدها ستوجه جهود التطوير الإضافي للخطة، من المهم التوصل لتوافق على هذه الصفات قبل مواصلة عملية التخطيط.

تحليل الفجوات:

يقوم «تحليل الفجوات»، كما يوحي الاسم، بتقييم الفجوة بين احتياجات السكان والموارد المتاحة لتلبية هذه الاحتياجات. وهكذا، فإن هذا النوع من التحليل ينطوي على تقييم احتياجات السكان وتحديد الخدمات أو الموارد الأخرى المتاحة لتلبية هذه الاحتياجات، ثم تحديد ماهية الاحتياجات (أو الفجوات في الخدمات) التي لم يتم تلبيتها. وفي حالة التخطيط على مستوى المنظمة، قد تنطوي العملية على تحديد حالة مثالية (مثل حصة سوقية تبلغ ٢٥٪) وتحديد الفجوة بين هذا الهدف وبين الواقع الحالي. وبالتالي، يمكن استخدام تحليل الفجوات لتقييم الفجوة بين مكان منظمة ما وأين تريد أن تكون.

كثيراً ما يستخدم تحليل الفجوات في القيام بتقييمات للمجتمع. وتتم مقارنة احتياجات الرعاية الصحية للمجتمع بالخدمات المتاحة، ويتم فيما بعد تحديد الاحتياجات التي لم تتم تلبيتها. ويمكن التعبير عن هذه الاحتياجات من حيث بعض التصنيف العالمي أو الارتباط ببرامج محددة (مثل وجود عدد وافر من المتخصصين في المجتمع مع وجود نقص في أطباء الرعاية الصحية الأولية). ويمكن تطبيق هذا النهج

نفسه بواسطة منظمات القطاع الخاص ويعمل هذا الأسلوب في إطار مظاهر مختلفة بمثابة نقطة البداية لكثير من عمليات اتخاذ القرارات الإستراتيجية.

يُعد تحليل العرض والطلب أحد أمثلة تحليل الفجوات المستخدمة في الرعاية الصحية. وينطوي مثال على هذا التحليل على عرض الأطباء في المجتمع. يتم عادةً تحديد مستوى الحاجة للأطباء لمجتمع أو مجموعة سكانية معينة، ويفضل أن يتم من حيث فئات التخصص. وتتمثل الخطوة التالية في تحديد الإمدادات الحالية من الأطباء في المجتمع أو غيرها التي تخدم المنطقة المستهدفة. ثم تصبح مقارنة الطلب على الأطباء مع العرض الحالي لاستكمال التحليل مسألة بسيطة. وينبغي أن يحدد التحليل إلى أي مدى يوجد فوائض أو نقص في الأطباء على أساس كل تخصص على حدة. وتعمل نتائج التحليل بمثابة دليل للتخطيط لخدمات الأطباء. ويمكن تحديد الفجوات من حيث العاملين، كما هي الحال في المثال أعلاه، والمرافق والخدمات والمعدات والتمويل، ومجموعة متنوعة من الأنواع الأخرى من الموارد.

تحليل «ماذا لو»:

أصبح تحليل «ماذا لو» أحد الأساليب التحليلية التي تزايدت أهميتها نظراً لأن القدرة على نمذجة عمليات استخدام الكمبيوترات أصبحت أكثر انتشاراً. ينطوي النهج على أساليب محاكاة ذات مستوى منخفض يتم فيها تعديل مكونات نموذج معين لتحديد التأثير المحتمل في جميع أنحاء النموذج. وهكذا، «ماذا لو» تلاعبنا في الدخول للمستشفى؟ كيف سيؤثر ذلك في الإيرادات أو في معدلات الإشغال؟

ربما تراوح نماذج «ماذا لو» بين بسيط للغاية إلى شديد التعقيد. ولحسن الحظ، يمكن نمذجة العديد من سيناريوهات «ماذا لو» باستخدام جدول بيانات على جهاز كمبيوتر شخصي. وقد يطلب من محلل سوق مثلاً أن يقوم بتقدير تأثير تقديم خدمة بمستويات رسوم مختلفة. ويمكن نمذجة سيناريو «ماذا لو» باستخدام جدول بيانات أو برنامج تحليل مالي لتحديد أثر جداول الرسوم المختلفة. ومن الواضح وجود حاجة إلى الحصول على قدر كبير من المعلومات لتحليلات ماذا لو، وينبغي على المحلل أن يعي تماماً العملية التي تتم نمذجتها لإنجاح هذا العمل. ومع ذلك، فإن نموذج «ماذا لو» المشيد بشكل جيد قد يكون مفيداً جداً لمحلل التخطيط.

المراجع:

- Creswell, John W. (1994). Research Design: Qualitative and Quantitative Approaches. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Dever, G.E.A. (1991). Community Health Assessment. Gaithersburg, MD: Aspen.
- Dillman, D.A. (1978). Mail and Telephone Survey: The Total Design. New York: Wiley & Sons. Plane, D.A., and P.A. Rogerson (1994). The Geographical Analysis of Population. New York: John Wiley.

مصادر إضافية:

- Aday, Lu Ann (1989). Designing and Conducting Health Surveys. San Francisco: Jossey-Bass. Berkowitz, Eric N., Pol, Louis G., and Richard K. Thomas (1997). Healthcare Market Research. Burr Ridge, IL: Irwin Professional Publishing.

الفصل الثاني عشر
مصادر المعلومات وإدارة البيانات

عندما يبحث مخطط الخدمات الصحية عن بيانات من شأنها أن تدعم عملية التخطيط، فإنه يجد نوعاً من المفارقة، حيث تنتج صناعة الرعاية الصحية كماً هائلاً من البيانات، إلا أن المخططين لا يمكنهم الوصول إلى قدر كبير منها. وعلى العكس من الصناعات الأخرى، لم يحدث مطلقاً في مجال الرعاية الصحية أن تم إنشاء مراكز وطنية لإخضاع البيانات الخاصة بهذه الصناعة للحفظ المركزي. وعندما تكون البيانات متاحة، فهي عادةً ما تنقصها صيغة الإبلاغ المعيارية، وهو ما يحد من إمكانية المقارنة بين الكثير من البيانات من موقع لآخر أو من فترة زمنية لأخرى. وحيث إن المعلومات المتصلة بالصحة عادةً ما يتم إنشاؤها داخلياً من جانب منظمات رعاية صحية خاصة، فإن البيانات الصحية التي يمكن أن تكون مفيدة قد تكون غير منشورة أو تخضع لحقوق ملكية أو يصعب تفسيرها، أو كل ما سبق معاً.

لقد شهدت السنوات القليلة الماضية زيادة كبيرة في الطلب على البيانات ذات الصلة بالصناعة الصحية. أما في السابق، فقد كان الاهتمام بالبيانات الصحية مقصوراً على المنظمات العاملة بشكل مباشر في رعاية المرضى، وكذلك القليل من مكونات النظام التي تسعى للربحية (مثل شركات التأمين والأدوية) إلى جانب بعض المؤسسات الحكومية. أما في عصرنا الحالي، فهناك مجموعة متنوعة وعريضة من المنظمات الأخرى، سواءً داخل صناعة الرعاية الصحية أم خارجها، والتي تتطلب البيانات المتعلقة بالصحة وذلك لعدد متزايد من الاستخدامات. أصبحت الآن شركات التأمين وأصحاب الأعمال ومدريري المنافع وصانعي السياسات وكذلك الاستشاريين ومجموعة أخرى متنوعة من المصالح تسعى وبشكل متزايد إلى الحصول على بيانات متصلة بالصحة وذلك من أجل احتياجات التخطيط الخاصة بهم. كما أن الجهات التي تقدم الرعاية الصحية والتي كانت لا تستخدم البيانات المتاحة سوي بأقل قدر في السنوات القليلة الماضية أصبحت تسعى وبشكل جاد إلى الحصول على نطاق أوسع من البيانات من أجل نطاق أوسع من التطبيقات داخل المنظمة.

لقد ازدادت أهمية البيانات الخاصة بالبيئة الخارجية مع ازدياد شيوع التخطيط الإستراتيجي وتخطيط الأعمال وكذلك التخطيط التسويقي في الرعاية الصحية. وعلى

الرغـم من هذا، فإن الرعاية الصحية ما تزال متخلفـة عن بقية الصناعات من حيث تجميع ونشـر البيانات الخاصة بالسـوق. إن التوجه المحلي والطبيعة المستقلة للعديد من منظمات الرعاية الصحية حالت دون مشاركة البيانات. كما أن الكثير من المعلومات المهمة تظل محبوسة في طي التقارير الحكومية وقواعد البيانات بالمنظمات ومستندات البحوث ذات حقوق الملكية والتي لا يمكن الوصول إليها من جانب معظم مجتمع الرعاية الصحية. وبهذا فإن قدرة المخطط الصحي على الوصول إلى هذه البيانات الخارجية واستغلالها وتفسيرها تعني الفارق بين النجاح والفشل لمبادرة التخطيط.

تتطلب بيئة الرعاية الصحية في وقتنا الحالي إجراء تحسينٍ في جودة وكمية ودقة تفصيل البيانات المسـتخدمة في عملية التخطيط. واستجابةً لهذه الاحتياجات، فقد تم التوسع بشكل كبير في كمية وتنوع البيانات المتصلة بالصناعة الصحية. كما بدأت المنظمات بالقطاعين العام والخاص في إنشـاء مجموعات بيانات جديدة. والأهم من هذا أنه تُبذل جهود في وقتنا الحالي من جانب عدة جهات وخصوصاً داخل الحكومة الفيدراليـة وذلك لزيادة قدرة مجتمـع الرعاية الصحية على الوصـول إلى البيانات الموجـودة بالفعـل والحصول عليها. كما أسـهمت القدرة على إرسـال البيانات عبر الإنترنت في صيغة إلكترونية بشكل كبير في هذا الصدد.

ويتمثل الهدف الأساسي من هذا الفصل في عرض تصنيفات البيانات التي تتطلبها مبـادرات التخطيط المتنوعة، ووصف طرق إنشـائها وإيضـاح الأماكن التي يمكن من خلالهـا الوصول إلى تلك البيانات. أما من ناحية العدد والأنواع المتزايدة من المصادر الخاصة بالبيانات الصحية، فإن هذا الفصل لا يمكنه طرح نقاش مستفيض حول هذا الموضوع، إلا أنه ينبغي في هذا الفصل أن يتم إرشـاد القارئ إلى أهم مصادر بيانات التخطيط الصحي، وفي حين أن العديد من مصادر المعلومات التي ستتم مناقشتها في هذا الفصل قد تم عرضها بالفعل في سـياقات محددة في الفصول السابقة من هذا الكتاب، إلا أن هذا الفصل يعرض خصائص مهمة لهذه المصادر – مثل تكرار النشـر، والتحديد الجغرافي، والقيود المنهجية.

هناك عدد من مجموعات البيانات التي سـنقوم بشرحها هنا ليست هي ما يعتبره غالبية المستخدمين بيانات متعلقة بالصحة، إلا أن البيانات المتصلة بالصحة يمكن أن تكون بمثابـة مظلة كبيرة من حيث إن هناك الكثير مما يؤثر في الصناعة الصحية لا ينتج بصورة مباشرة عن أحداث متصلة بالصحة. وخلال فترة التسعينيات من القرن العشرين، ازداد الطلب على البيانات التي كانت تُعد في الماضي غير مرتبطة بالرعاية

الصحيــة، بما في ذلــك البيانات الخاصة ببعــض المواضيع مثل البطالة والإســكان ومعدلات الجريمة. ولهذا فقد اتســع نطاق هذا النقاش ليشــمل مجموعات البيانات التي تعكس البيئة العامة التي تؤثر في الأنشطة ذات الصلة بالرعاية الصحية.

أبعاد البيانات:

يمكن تصنيف البيانات التي يتم اســتخدامها في أنشطة التخطيط حسب عدد من الأبعــاد المختلفة. وإذا ما تم تصنيف البيانات وفق هــذه الأبعاد فإن بعض المنظمات تتعــرف على عمليــة إدارة البيانات. وســنتناول بعضاً من الأبعــاد الأكثر أهمية في الأقسام التالية.

البيانات المجتمعية في مقابل بيانات المنظمة:

وكمــا ذكرنا في هذا النص، فإنه يمكن تنــاول عملية تجميع البيانات الصحية وفق مســتويين مختلفين وهو على مســتوى المجتمع وعلى مستوى المنظمة. ينطوي المستوى الأول على تحليل للبيانات الصحية على نطاق المجتمع، سواءً كان هذا المجتمع هو الدولة أو الولاية أو المقاطعة أو منطقة التخطيط. لقد ارتبط هذا الأســلوب على المســتوى الكلي فيما ســبق على أنشــطة التخطيط بالقطاع العام. تركز البيانات على مســتوى المجتمــع على الإحصائيات الخاصــة بما هو فوق المنظمة مقارنــةً بالبيانات الداخلية المفصلة الخاصة بالمنظمات. ومن المتوقع أن يتم تأكيد الأنماط الكلية لتقديم الخدمات الصحية وأنماط الممارســة المهيمنة بشــكل أكبر من التفاصيــل الخاصة بكيفية عمل المنظمات المتنوعة. ولهذا، فإن البيانات على مستوى المجتمع ستمد المخطِط بالبيانات الخاصة ببعض الظواهر مثل تدفق المرضى من أو إلى منطقة الخدمة، وكذلك مستويات الزيادة أو النقص في الطاقة الاســتيعابية والتي تؤثر في المنشــآت الصحية بالمنطقة، ومدى الاكتفاء بمختلف أنواع المعدات الحيوية الطبية داخل منطقة الخدمات.

أما على مستوى المنظمة، فيركز تحليل البيانات على الخصائص والشئون الخاصة بكيانات مؤسســية معينة مثل المستشــفيات ومجموعات الأطبــاء والخطط الصحية. وعادةً ما يكون الأسلوب الخاص بمستوى المنظمة هو الأكثر شيوعاً في القطاع الخاص بالرعايــة الصحية. ومن المرجح أن يتم تأكيد تفاصيل العمليات الخاصة بالمنظمة في مقابل الأنشــطة التي يقوم بها المنافســون ومنظمات الرعايــة الصحية الأخرى داخل منطقــة الســوق. هناك اهتمام بالنمط الكلي لكيفية تشــغيل النظــام طالما أنه يؤثر

في المنظمـــة بعينها. ومن ناحية أخرى، فإن أماكن ممارســـات الأطباء الخاصة تهتم في الأســـاس بتفاصيل أماكن الممارسة المنافسة (مثل عدد المرضى والحصة السوقية والإجراءات التي تتم) وليس بالبيانات الأكثر عمومية حول مجال الخدمات الصحية.

البيانات الداخلية في مقابل البيانات الخارجية:

سيطلب المخططون، سواءً على مستوى المجتمع أم المنظمة أن يتم استخدام البيانات الخاصة بالبيئة الداخلية والبيئة الخارجية، في حين أنه من الطبيعي أن تتوجه منظمات الرعايـــة الصحية في البداية إلى مصادر المعلومـــات الداخلية، فإن البيانات الخاصة بالبيئة الخارجية قد ازدادت أهميتها. أما البيانات الخاصة بالبيئة الخارجية فيصعب تحديد موضعها والوصول إليها في بعض الأحيان، إلا أنها متاحة للعامة بشـــكل أكبر إذا ما قورنت بالبيانات الداخلية؛ لذا فإن قدرة منظمة الرعاية الصحية على الوصول إلى مجموعات البيانات الخارجية واستغلالها وتفسيرها تعد بمثابة الفارق بين النجاح والفشل.

تمثـــل البيانات التي يتم إنشـــاؤها داخلياً مصدراً جاهزاً للمعلومات على مســـتوى المنظمة، هذا وتقوم منظمات الرعاية الصحية بإنشـــاء كمية كبيرة من البيانات بشكل روتيني وتمثل هذه البيانات منتجاً ثانوياً للعمليات المعتادة الخاصة بها، وتشمل البيانات المتعلقة بخصائص المرضى وأنماط الاستفادة وروافد الإحالة والمعاملات المالية وأطقم العمل وأنواع أخرى من المعلومات التي غالباً ما يكون لها بعدٌ ديموغرافي. وما دام أنه يمكن اســـتخلاص هذه البيانات من أنظمة إدارة البيانات الداخلية، فهي تكون بمثابة مصـــدر للكثير من المعلومات حول المنظمة وعملياتها. (ســـنركز في هذا الفصل على مصادر البيانات الخارجية، وذلك لأن البيانات الداخلية ســـوف تكون محددة وخاصة لكل منظمة).

تشتمل بيانات الخصائص الداخلية للمنظمة عادةً على المعلومات المتعلقة بخصائص المرضى واتجاهات الاستفادة ومســـتويات التوظيف والاتجاهات المالية، إلخ. كما يتم تجميع البيانات الداخلية عادةً من خلال المراجعة الداخلية. وتشـــتمل عملية المراجعة الداخلية عادةً على تحليل لبنية المنظمة وعملياتها وعملائها ومواردها. ويمكن أن تقوم المراجعة الداخلية بتجميع البيانات التي يتم إنشـــاؤها من خلال تقارير معيارية تعدها أنظمة إدارة البيانات بالمنظمة (مثل تقارير أنشـــطة المرضى)، إلا إنه ينبغي عادةً على أنظمة البيانات إجراء «عمليات معالجة» إضافية وذلك من أجل الحصول على بيانات

محـــددة مطلوبة. فهناك عددٌ قليل مـــن أنظمة إدارة البيانات داخل منظمات الرعاية الصحية والتي تم إنشاؤها بهدف إنشاء بيانات تخص عملية التخطيط، وهناك العديد مـــن تلك الأنظمة التي تكـــون على درجة عالية من عدم المرونة التي تجعلها غير قادرة على إنشـــاء مجموعات بيانـــات معدلة لغايات محددة. وفي مثـــل هذه الحالات، من المتوقـــع أن تتطلب المراجعة الداخلية بعض البحوث الأساســـية. (لمزيد من التفاصيل حول المراجعة الداخلية يرجى الاطلاع على الفصل السابع).

إن القـــدر الأكبر من الجهود التي يبذلها المخططون الصحيون في تجميع البيانات موجهة إلى البيانات الخارجية. والذي زاد الاهتمام بالبيانات الخارجية بجميع أنواعها هـــو أن الجهـــات التي تقدم الرعايـــة الصحية على وجه التحديـــد أصبحت مدفوعة بشكل أكبر نحو السوق، بالإضافة إلى انصراف اهتمامها إلى التخطيط الإستراتيجي وتخطيط الأعمال والتخطيط التســـويقي. ومما لا شـــك فيه أن أهم ما يشـــغل بال المخطِـــط على نطاق المجتمع هـــو البيانات الخارجية وذلك لأن جميـــع البيانات ذات العلاقة هي «خارجية» بالنسبة للكيان الذي يقوم بالتخطيط.

إن التخطيط الإســـتراتيجي وتخطيط الأعمال والتخطيط التســـويقي هو تخطيط ذو توجه خارجي بالأســـاس. إذ يتعين على جميعها أن تتعامل مع البيئة الخارجية التي تعمل فيها. كما يجب أن تضع في الحســـبان الاتجاهات على مســـتوى الدولة والولاية والمنطقـــة من حيث تقديم خدمات الرعاية الصحيـــة والأمور الخاصة بالتمويل والأمور التنظيمية. كما يجب أن تكون على دراية بالتطورات التي يشهدها السوق المحلي والتي ســـوف تؤثر فـــي مبادراتهم. وينبغي أن يكون هناك تفهـــم لخصائص منظمات الرعاية الصحية الأخرى داخل منطقة السوق، خاصة تلك المنظمات التي يمكن أن تتنافس معها. وسنخصص القدر الأكبر من هذا الفصل لتفهم أنواع ومصادر البيانات الخارجية.

البيانات الأولية في مقابل البيانات الثانوية:

هناك تمييز مفيدٌ آخر يمكن عمله بين البيانات الأولية والبيانات الثانوية. فتنطوي عمليـــه تجميع البيانات الأولية على اســـتخدام اســـتقصاء الآراء ومجموعات التركيز ووسائل الملاحظة وأساليب أخرى، وذلك من أجل الهدف المقرر والمتمثل في الحصول على معلومات حول موضوع معين. أما البيانات الثانوية فتشـــير إلى البيانات التي تم تجميعهـــا من أجل هدف آخر علاوة على تخطيط أو تســـويق أو تطوير الأعمال، لكن وبالرغم من ذلك، فإن هذا ذو قيمة في صياغة الإستراتيجية والسياسة.

سنركز في هذا الفصل على المصادر الثانوية للبيانات بشكل أكبر من البحوث الأولية، إذ تتطلب البحوث الأولية قدراً أكبر بكثير من المعالجة المفصلة وهو ما لا يمكن عمله في إطار العمل هذا، ويمكن تناوله بشكل أفضل في سياق المنهجية البحثية. إلى جانب هذا، فإن أنشطة البحوث الأولية تركز عادةً بشكل محدد على بعض القضايا التي تواجهها المنظمة في وقت معين تحت ظروف معينة، وفي حين أن قيمة البحوث الأولية قد ترسخت داخل الرعاية الصحية وهو ما يدل عليه ازدياد عدد استقصاء الآراء ومجموعات التركيز التي تتم حول رضا المرضى، فإن هذه الأنشطة ينتج عنها عادةً بيانات ذات ملكية خاصة ليس من المتوقع أن يتم نشرها خارج المنظمة الراعية. إن معظم البيانات التي جمعت من خلال البحث التخطيطي تأتي من مصادر ثانوية.

المستوى الجغرافي:

هناك بعدٌ آخر للبيانات الصحية التي ينبغي ملاحظتها وهو البُعد الجغرافي. من المرجح أن يقوم المخططون الصحيون بالعمل على مستويات جغرافية مختلفة استناداً إلى نوع الخطة ونوع المنظمة المعنية. فقد تفكر مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها مثلاً بالبيانات على المستوى القومي وتفحص الاتجاهات المرضية لجميع سكان الولايات المتحدة الأمريكية. وبالمثل، فيمكن أن تقوم شركة دوائية بتسويق منتجاتها على النطاق القومي بفحص البيانات على ذلك المستوى. أما من الناحية الواقعية، فإن الرعاية الصحية تمثل في المقام الأول اهتماماً محلياً، كما أن غالبية المنظمات تتطلب بيانات على مستوىً أقل بكثير من المستوى القومي.

من المتوقع أن يطلب المخططون على نطاق المجتمع بيانات تخص منطقة خدمات محدودة (كأن تكون مقاطعة أو مجموعة مقاطعات)، إلا أنهم يحتاجونها إلى مستوىً مرتفع نسبياً من التفصيل من أجل التفريق بين أجزاء المجتمع المتنوعة. ولهذا، فقد يقومون بتجميع البيانات على مستوى الوحدة المساحية الإحصائية التي تعد أقل وحدة جغرافية يُتوقع أن يتوافر عنها بيانات على نطاق واسع. ومن ناحية أخرى، فإنه من المرجح أن يكون المخططون الصحيون على مستوى الولاية مهتمين بالبيانات على مستوى المقاطعة، وذلك لكونها في الأساس وحدة البناء الإداري ولأنه يُتوقع أن تتضمن البيانات على مستوى المقاطعة الفرعية تفاصيل أكثر مما يتطلبه المخططون على مستوى الولاية.

إن نوع المنظمة وطبيعة منطقة الخدمة سيحددان المستوى الجغرافي الذي يعمل عليه المخطِط على مستوى المنظمة. ومن المتوقع أن تجذب مجموعة طبية متخصصة كبيرة المرضى من منطقة جغرافية واسعة تغطي عدة مقاطعات. وفي هذه الحالة، يمكن أن تكون المقاطعة أفضل وحدة لتجميع البيانات. ومن المتوقع أن يقوم طبيب عائلة في الممارسة المنفردة بخدمة منطقة معينة بحدود تتواجد داخل مقاطعة معينة. ويمكن في هذه الحالة أن يمثل الترقيم البريدي المستوى الذي يتم فيه تجميع البيانات وتحليلها.

لا تتمثل أهمية اختيار الوحدة الجغرافية من أجل التحليل في آثارها المستقبلية على منطقة الخدمة الخاضعة للدراسة فحسب، ولكن لأن هناك أنواعاً مختلفة من البيانات تكون متاحة لجغرافيات مختلفة. ويمكن في العديد من أنواع المعلومات أن تقدم المقاطعة النطاق الأوسع للبيانات، وبشكل عام كلما صغرت الوحدة الجغرافية تضاءلت البيانات المتاحة، وفي حين أن استخدام رمز الترقيم البريدي أو الوحدة المساحية الإحصائية بصفتها وحدة جغرافية قد يسمح بالمزيد من الترسيم الدقيق لمنطقة الخدمة، فإن الوصول إلى أنواع محددة من البيانات تصبح أكثر محدودية. ولهذا، فمن المرجح أن يكون هناك مبادلة تتعلق بالتحديد الدقيق لمنطقة الخدمة وأنواع البيانات المتاحة.

البعد الزمني:

هناك أيضاً البعد الزمني وهو بعدٌ للبيانات ينبغي أخذه في الحسبان. يفكر المهنيون الصحيون عادةً من حيث البيانات الحالية – بمعنى البيانات التي تتصل بالإطار الزمني الحاضر أو على الأقل الماضي القريب (كأن يكون الإدخالات للمستشفى العام الماضي). كما أن طبيعة الرعاية الصحية تركز على الممارس (الطبيب) في الحاضر وبالتالي الاهتمام بأنظمة إدارة المعلومات والتي يمكن أن تتيح الوصول «الفوري» للبيانات.

ومن منظور التخطيط، تُعد البيانات الحالية مهمة إلا أنه وفي بعض الحالات تكون أقل أهمية من البيانات المستقبلية وحتى البيانات التاريخية. وتتمثل قيمة البيانات الحالية في قدرتها على تقديم الخط القاعدي الذي يمكن مقارنة الأرقام الماضية والمستقبلية به. ويجمع المخططون وبشكل روتيني بيانات تاريخية عن المجتمع أو المنظمة. وتعتمد عملية التخطيط إلى حد كبير على القدرة على إسقاط الاتجاهات الماضية على المستقبل. وعلى ذلك، فإن الأنماط التاريخية للنمو السكاني والدخول

للمستشفيات، وانتشار المرض يمكن أن يقدم القاعدة للتنبؤ بالاتجاهات المستقبلية. وبينما يمكن المجادلة بأنه طالما أن الرعاية الصحية قد تغيرت بشكل مذهل خلال العقدين أو الثلاثة عقود الماضية، فإن الماضي ليس مؤشراً جيداً لتوقع المستقبل. وبينما توجد أهلية معتبرة في هذا الموقف، فمن الحماقة عدم الأخذ في الاعتبار الاتجاهات التي أدت إلى الوضع الحالي في المجتمع أو المنظمة.

وتشير البيانات «المستقبلية» إلى البيانات التي تصف الظروف في مرحلة معينة في المستقبل. ومن حيث التعريف، يتضح أن التخطيط له توجه مستقبلي والتخطيط الفعال يتطلب نفاذ البصيرة في المستقبل الخاص ببيئة الرعاية الصحية. وإذ إن البيانات المستقبلية الحقيقية ليست موجودة، فيجب بذل الجهود في إيجاد توقعات خاصة بالظروف المستقبلية المرتبطة بالمجتمع أو منظمة الرعاية الصحية. كما يزداد تأكيد إنشاء تقديرات مستقبلية «اصطناعية» للسكان والطلب على الخدمات وأنماط الاستفادة. ويشجع الاهتمام المتزايد بتكوين النماذج التنبؤية بين الخطط الصحية ومديري الرعاية الآخرين على تطوير أساليب للتنبؤ بالاتجاهات المستقبلية.

يجمع المخططون وبشكل روتيني البيانات التاريخية حول المجتمع أو المنظمة. وتعتمد عملية التخطيط بشكل كبير على القدرة على استنباط الاتجاهات السابقة لما سيكون في المستقبل. ولهذا، فإن الأنماط التاريخية للنمو السكاني ودخول المستشفى وانتشار الأمراض يمكن أن تتيح قاعدة للتنبؤ بالاتجاهات المستقبلية، وفي حين أنه يمكن القول بأن الرعاية الصحية قد تغيرت بشكل كبير خلال العشرين أو الثلاثين عاماً الماضية، فإن الماضي لن يكون وسيلة تنبؤ جيدة بالمستقبل. وبما أنه توجد ميزة كبيرة في هذا الموقف، فسيكون من التهور عدم دراسة الاتجاهات التي أدت إلى الوضع الحالي بالنسبة للمجتمع أو المنظمة.

طرق توليد البيانات:

تنقسم طرق تجميع البيانات التي سنتناولها بالنقاش في هذا الفصل إلى أربعة تصنيفات عامة: الإحصاء السكاني وأنظمة التسجيل والمسح الإحصائي والبيانات المركبة (الاصطناعية). يعد كلٌ من التعداد والتسجيل والمسح الإحصائي وسائل تقليدية بشكل أكبر من أجل إنشاء البيانات الداعمة لأنشطة التخطيط الصحي، وذلك على الرغم من أن الإحصاءات المركبة مثل التقديرات والتوقعات السكانية قد أصبحت بمثابة أدوات معيارية لمعظم تحليلات التخطيط.

الإحصاء السكاني:

ينطوي الإحصاء السكاني على حصر كامل للأشخاص القاطنين في مكان معين في زمن معين. تقوم دائرة التعداد الأمريكية (التابعة لوزارة التجارة) بعمل إحصاء للسكان والمساكن كل عشر سنين (وهو ما يطلق عليه الإحصاء لكل عقد من الزمن)، وكان الإحصاء الخاص بعام ٢٠٠٠ هو التعداد الثاني والعشرين من هذا النوع. هناك نوعٌ آخر من الإحصاء الذي لا يتمتع بالقدر نفسه من الشهرة وهو تعداد وحدات الأعمال أو «الإحصاء الاقتصادي» ويتم إجراؤه كل خمسة أعوام.

بالرغم من أن الإحصاء يحتوي من الناحية النظرية على تعداد مكتمل للسكان، فقد ازدادت صعوبة التطبيق الحازم لهذا الأمر في الإحصاء لكل عقد من الزمن والذي يتم في الولايات المتحدة الأمريكية، وفي حين أن الولايات المتحدة تقوم بعمل إحصاء سكاني من الناحية الظاهرية لكل القاطنين بها، فإنه ينقصها أمرين لكي يكون الإحصاء صحيحاً. أولاً: هناك شريحة معينة من السكان والذين يتم إغفالهم في الإحصاء لكل عقد من الزمن وهو ما ينتج عنه نقص في عدد من يتم حصرهم، وفي حين أن هذا النقص يكون عادةً أقل من (٣٪) فإن مجرد حدوثه يتسبب في قدر كبير من المشكلات. إن نقص العدد يتركز عادةً في شرائح معينة من السكان، وهو ما يجعل أعضاء بعض المجموعات لديهم فرصة أكبر لاحتسابهم في الإحصاء من أعضاء مجموعات أخرى. إن هذا الأمر له آثار عملية مهمة، حيث إن نتائج كل إحصاء يتم استخدامها على أنها أساس لإعادة توزيع مقاعد الكونغرس الأمريكي وتخصيص نفقات الدولة. وبسبب نقص العدد هذا، فإن نشر الأرقام المبدئية للتعداد كل عشر سنين ينتج عنه عددٌ كبيرٌ من الدعاوى القضائية والمتعلقة بدقة الإحصاء، كما أن الإحصاء السكاني لعام ٢٠٠٠ أدى إلى تدخل الكونغرس لتحديد التعداد «الرسمي».

هناك عامل ثان يقلل من قيمة التعداد باعتباره إحصاءً سكانياً وهو حقيقة أنه يتم الحصول على قدر كبير من البيانات الخاصة بالسكان والخصائص الإسكانية من عينة من المنازل داخل الدولة. ولذلك يتم طرح جزء فقط من الأسئلة الخاصة بالسكان والإسكان على جميع الأسر في الولايات المتحدة. ويتم طرح الباقي على حوالي واحد من كل ستة أسر، وفي حينٍ أن استخدام العينات يقلل بشكل كبير من تكلفة إجراء الإحصاء، فإنه ينشئ أرقاماً يعتقد البعض بشكل غير صحيح أنها تمثل التعداد بأكمله. وينبغي أن يصبح مستخدمو بيانات التعداد على دراية بصحة الأرقام، وخصوصاً عند دراسة وحدات جغرافية صغرى.

ويُعد إجراء الإحصاء بشــكل غير متكرر أحد المصادر الأخرى للمشــكلات. فيُعد جمع البيانات على فترات تمتد إلى عشــر سنوات أمراً له عيوبه في مجتمع يشيع فيه التغير السريع. فمع مرور الوقت بعد العام الذي تم فيه إجراء الإحصاء السكاني، تقل فائــدة البيانات. ومع ذلك، تظل منظمات بيع البيانــات التجارية والمنظمات الأخرى التي تنشئ التقديرات والتوقعات السكانية تستخدم هذه البيانات «القديمة» باعتبارها خط أســاس لحســاباتها. وتفتح هذه الممارسة الباب لحسابات خاطئة محتملة قد لا تكــون ضخامتها معروفــة. (ووضع مكتب الإحصاء «مســح المجتمع الأمريكي»، وهي دراســة مسحية وطنية تشتمل على عينة كبيرة من السكان في الولايات المتحدة. ومن المتوقع أن تحل «مسح المجتمع الأمريكي»، في نهاية المطاف محل التعداد الذي يتم كل عشر سنوات وتتم مناقشته تحت الدراسات المسحية المذكورة أدناه.)

يجمــع الإحصاء بيانات عن عدد الأشــخاص المقيمين في كل وحدة معيشــة (مثل المنزل أو الدوبلكس أو الشقة أو المهجع) وخصائص هؤلاء الأفراد. ويتم جمع معلومات عــن خصائص مثل العمر والعرق والحالة الاجتماعية والدخل والمهنة والتعليم والوضع الوظيفي ومجال التوظيف. كما توجد أســئلة حول الوحدة الســكنية التي يعيش فيها المشــارك في الدراسة، بما في ذلك معلومات عن نوع الوحدة السكنية (إذا كانت شقة أو دوبلكس مثلاً) ووضع الملكية وقيمة المنزل المملوك والإيجار الشــهري وعمر الوحدة السكنية وعدد من الخصائص الإسكانية الأخرى.

أما المواد ذات الصلة بالصحة فهي غائبة بشــكل ملحــوظ عن الإحصاء، لأنه يتم تكليــف عدد قليل جداً لجمع البيانات من خلال إجراءات تشــريعية. وتلعب الهيئات الحكومية الأخرى، كما سيظهر لاحقاً، دوراً أكثر أهمية في جمع البيانات ذات الصلة بالصحة أكثر مما يفعله مكتب الإحصاء.

تتمثل قيمة الإحصاء بالنسبة لمخططي الصحة بشكل واضح في بياناته الديموغرافية، فهذه البيانات لها تطبيق مباشر على أداء تحليلات السوق وتطبيقات غير مباشرة على أنها مدخل في نماذج إنشــاء تقديرات الانتشــار والطلب. ورغم أن التعداد يجري كل عشــر ســنوات فقط، فإن المكتب يحافظ على القدرة على إنشــاء تقديرات وتوقعات سكانية بشكل مســتمر. وقد لا تكون هذه الأرقام بتفاصيل بعض الإحصاءات نفسها التــي يتم إنتاجها تجارياً مثلاً، فيتم حســابها فقط على مســتوى المقاطعة، ولكن يتم تقسيمها من حيث العمر والعرق والدخل وغيرها من المتغيرات المهمة الأخرى. وتتزايد إتاحة مكتب الإحصاء لهذه البيانات عبر شبكة الإنترنت.

يقوم مكتب الإحصــاء بإتاحة بيانات التعداد تقريبا عن كل وحدة جغرافية محددة بشكل رسمي في الولايات المتحدة، وهذا ميزة واضحة لبيانات التعداد عن أي نوع آخر من البيانات. ويتم نشــر الإحصاءات الناتجة عن التعــداد على الولايات والمقاطعات والرموز البريدية والمناطق الحضرية والمدن. كما يتم نشــر بيانات عن مناطق محددة بشــكل خاص أنشــأها مكتب الإحصاء، بما في ذلك الوحدات المســاحية الإحصائية ومجموعات البلوكات.

ويمكــن الاطلاع على بيانــات الإحصاء عن طريق مجموعــة متنوعة من المصادر. فيتم تخصيص العديد من المكتبات على أنها مستودعات لمنشورات الحكومة الأمريكية وتحتفظ بأغلب أو جميع تقارير الإحصاء بشــكل مطبــوع أو في صورة ميكروفيلم أو أقــراص مضغوطة بين مقتنياتهــا. كما يتيح مكتب طباعة حكومــة الولايات المتحدة الأمريكية هذه المطبوعات للجمهور بتكلفة معقولة. وتباع مجموعات بيانات الإحصاء في شــكل إلكتروني بواســطة مكتب الإحصــاء وغيره من المنظمات التــي تعيد تعبئة بيانات الإحصاء. ويعرض المكتب وصولاً للشبكة يكون مجانياً وسهل الاستخدام نسبياً لمجموعات البيانات الخاصة به ويمكن الوصول لمعظم بيانات التعداد من خلال ســمة فاكتفايندر الأمريكية American Factfinder الموجودة على موقع المكتب على شــبكة الإنترنت (www.census.gov.) مــع كل تعداد متعاقب، ويقل عدد التقارير المطبوعة، بهدف حصر مخرجات التعداد في النهاية على الأشكال الإلكترونية، وهو ما يزيد من أهمية استخدام البيانات على الشبكة.

بــدأ الإحصاء الاقتصادي الحديث في عام ١٩٥٤ ويتم إجراؤه كل خمس ســنوات (يتم إجراؤه حالياً في الســنوات التي تنتهي برقم ٢ و ٧). ويغطي الإحصاء الشركات العاملة في تجارة التجزئة وتجارة الجملة وأنشطة الخدمات والمجالات المعدنية والنقل والتشــييد والتصنيع والزراعة، بالإضافة إلى الخدمات الحكومية. وتشتمل المعلومات التــي يتم جمعها من خلال الإحصاء الاقتصادي علــى بيانات عن المبيعات والتوظيف وكشــوف المرتبــات، مع غيرها من البيانــات الأكثر تخصصاً. وتتوفــر هذه البيانات لمجموعــة متنوعة من الوحدات الجغرافية، بما فــي ذلك الولايات والمناطق الحضرية والمقاطعات والأماكن التي يوجد بها ٢٥٠٠ نسمة أو أكثر.

وعلــى الرغم من أن هذه البيانــات قد يبدو أنه لا علاقة لها بالمســائل الصحية، فإن التعداد الاقتصــادي الفعلي يجمع كثيراً من البيانات عن قطاع الرعاية الصحية. ويتم تخصيص رمز لجميع الشــركات باســتخدام نظام تصنيــف المجالات في أمريكا

الشـــمالية. وتتوفر من هذا المصدر البيانات المجمعة عن الشـــركات ضمن فئات نظام تصنيف المجالات في أمريكا الشمالية التي تنطوي على أنشطة ذات صلة بالصحة (مثل ممارسات الطبيب والصيدليات والمختبرات الطبية). ولا يوجد أي مصدر شامل آخر من شـــأنه أن يشير إلى عدد المستشفيات والصيادلة وأخصائيي تقويم العمود الفقري مثلاً الموجودين في منطقة معينة. وكما هو الحال مع بيانات الســـكان والإسكان، فإن المكتب يقوم على نحو متزايد بتوزيع بيانات الإحصاء الاقتصادي في شكل إلكتروني.

أنظمة التسجيل:

هناك طريقة ثانية لجمع البيانات التي تنشئ بيانات مفيدة للمخطط الصحي وتكون عن طريق أنظمة التســـجيل. ويشتمل نظام التسجيل على التجميع والتسجيل والإبلاغ المنهج عن مجموعة واســـعة من الأحداث والمؤسســـات والأفراد. وتشتمل الخصائص الضمنية للسجل على التسجيل المنتظم الذي يتم في الوقت المناسب للظاهرة المذكورة. وتخضع أغلب نظم التســـجيل ذات الصلة بهذا النقاش لرعاية فرع من فروع الحكومة، رغم أن أنواعاً أخرى من نظم التسجيل ستتم مناقشتها أدناه كذلك.

تعد أنشـــطة التســـجيل المشـــهورة في الولايات المتحدة هي تلك المتصلة ب «وقائع حيوية»، بما في ذلك حالات الولادة والوفاة والزواج والطلاق. ومع ذلك، هناك سجلات أخرى قد تكون ذات قيمة، خاصة عند دراســـة التغيرات في مستوى وأنواع الخدمات الصحية التي يطلبها الســـكان. وهي تشـــتمل على نظم التسجيل التي ترعاها مراكز مكافحـــة الأمراض والوقاية منها وإدارة الضمان الاجتماعي وميديكير ومركز خدمات ميديكير وميديكيد وغيرها.

وهناك أحد أشـــكال السجلات يتم استخدامه بشـــكل متزايد في البحوث المتصلة بالصحـــة وهي «الســـجلات الإدارية». وليس الهدف من نظم الســـجلات الإدارية أن تكون بالضرورة سجلات لجميع المسجلين أو أعضاء منظمة أو جماعة ما، بل أن تكون ســـجلاً للمعاملات التي تشـــتمل على هؤلاء الأفراد. ولذا، فإن قائمة جميع المسجلين في الرعاية الطبية تشكل سجلاً، إلا أن البيانات التي تم إنشاؤها بموجب اللقاءات مع المسجلين في الرعاية الطبية مع نظام الرعاية الصحية ستكون تحت عنوان السجلات الإدارية (نظراً لأن المسجلين في الرعاية الطبية ليسوا كلهم يستخدمون الخدمات خلال فترة زمنية معينة). وتشتمل مجموعات البيانات التي تتيحها الحكومة الفيدرالية عن نشـــاط الرعاية الطبية على الســـجلات الإدارية التي تكون مفيدة لعدد من الأهداف. سيتم شرح بعض أمثلة السجلات المفيدة أدناه.

الإحصاءات الحيوية:

ينطوي تتبع الإحصاءات الحيوية في الولايات المتحدة على جمع بيانات متعلقة بحالات الولادة والوفاة والزواج والطلاق، وفي بعض المناطق، حالات الإجهاض المسبَب (المتعمد). ويكون جمع البيانات عن الوقائع الحيوية في البداية مسئولية الهيئة الصحية المحلية. وتتحمل الإدارات الصحية في المقاطعة (أو ما يكافئ المقاطعة) مسئولية الاحتفاظ بشهادات الميلاد والوفاة. ويتم توجيه هذه البيانات إلى سجل الإحصاءات الحيوية داخل حكومات الولايات المعنية، وتقوم الهيئة المناسبة بالولاية بتجميع البيانات لاستخدامها بواسطة الولاية وتنقل الملفات إلى المركز الوطني للإحصاءات الصحية. كما يتحمل المركز الوطني للإحصاءات الصحية مسئولية جمع ونشر الإحصاءات الحيوية للأمة وتقسيماتها السياسية المختلفة. (انظر مربع ١٢-١ للحصول على شرح للمركز الوطني للإحصاءات الصحية).

مربع (١٢-١)

المركز الوطني للإحصاءات الصحية

يُعد المركز الوطني للإحصاءات الصحية بواسطة الكثيرين مكتب الإحصاء الخاص بالرعاية الصحية. يؤدي المركز الوطني للإحصاءات الصحية باعتباره أحد الأقسام التابعة لمراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها عدداً من الوظائف المهمة المتعلقة بالصحة والرعاية الصحية. فقد قام المركز على مدى ما يقرب من (٤٠) عاماً بمهام جمع البيانات وتحليلها ونشرها ووضع منهجيات البحوث الخاصة بالمسائل الصحية. كما ينسق المركز الوطني للإحصاءات الصحية مع مختلف مراكز الإحصاءات الصحية بالولايات.

ويشتمل جزء من مسئوليات المركز على جمع وتحليل ونشر الإحصاءات المهمة بالنسبة للولايات المتحدة وكل منطقة فرعية ذات صلة. وتُعد هذه المهمة ضخمة، ولكن النتائج توفر أساساً لحساب معدلات الخصوبة والوفيات. وتوفر هذه الإحصاءات بدورها أساساً لمختلف التقديرات والتوقعات السكانية التي تقدمها المنظمات الأخرى. ويُعد جمع وتحليل البيانات بشأن نسبة المراضة إحدى المهام المهمة الأخرى، كما تحمل المركز مسئولية وضع الكثير من البيانات الوبائية المتاحة مثلاً عن الأمراض المزمنة ومرض الإيدز.

وبالإضافة إلى البيانات التي تم تجميعها من مصادر تسجيل مختلفة، فإن المركز هو المسئول الأساسي عن الدراسات المسحية الخاصة بالرعاية الصحية في البلاد. وعادة ما تكون عينات الدراسات المسحية الخاصة به محاولات على نطاق واسع تنقسم إلى قسمين: دراسات مسحية تستند إلى المجتمع ودراسات مسحية تستند إلى المنشآت. وتتمثل أهم دراسات المركز المسحية في المسح الوطني للمقابلات الصحية، إذ يتم جمع بيانات من نحو (٤٩٠٠٠) أسرة سنوياً. ويعتبر المسح الوطني للمقابلات الصحية المصدر الأول في البلاد عن بيانات الانتشار / الإصابة بالحالات الصحية والوضع الصحي وعدد الإصابات وحالات العجز التي تميز السكان واستخدام الخدمات الصحية ومجموعة متنوعة من الموضوعات الأخرى ذات الصلة بالصحة. إن الدراسات المسحية التي تنطوي على عينة من المجتمع تشتمل على مسح لجنة النفقات الطبية Medical Expenditure Panel Survey (MEPS) ومسح الفحص الصحي والغذائي الوطني National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) والمسح الوطني لنمو الأسرة National Survey of Family Growth (NSFG). وتشتمل دراسة مسحية أخرى وهي المسح الوطني لصحة الأم والرضيع National Maternal and Infant Health Survey (NMIHS)، على أخذ عينات من شهادات ميلاد ووفاة الأجنة والرضع.

لقد أصبحت واحدة من الدراسات المسحية التي قام بها NCHS (المركز الوطني للإحصاءات الحيوية) أهم مصدر للمعلومات حول موضوع رعاية مرضى العيادات الخارجية ومرضى عيادات الأطباء وغيرها الذي تزايدت أهميته. يحصل المسح الوطني لرعاية المرضى القادرين على السير The National Ambulatory Medical Care Survey على عينات من سجلات المرضى من (٢٥٠٠) من الأطباء العاملين في عياداتهم الخاصة للحصول على بيانات حول التشخيص والعلاج والأدوية الموصوفة مع الحصول على معلومات عن خصائص كل من الأطباء والمرضى. وتشتمل الدراسات المسحية المهمة المستندة إلى منشآت على المسح الوطني للخروج من المستشفى National Hospital Discharge Survey والمسح الوطني لرعاية كبار السن National Nursing Home Survey.

ويتم نشر البيانات التي تم جمعها من خلال دراسات المركز الوطني للإحصاءات الصحية من خلال مجموعة طرق متنوعة. ويجري نشر الكثير من المعلومات على أنها مواد مطبوعة. وتشتمل منشورات المركز على كتب سنوية مثل الصحة، الولايات المتحدة

الأمريكية (خلاصة «رسمية» وافية للإحصاءات الحكومية بشأن الصحة في البلاد) ومنشورات مثل الإحصاءات الصحية والحيوية. كما تتوافر بيانات من الدراسات المسحية للمركز الوطني للإحصاءات الصحية على شكل شرائط وأقراص مرنة وأسطوانات مضغوطة. ويقوم المركز الوطني للإحصاءات الصحية برعاية مؤتمرات وورش عمل تقدم ليس فقط نتائج بحوث المركز ولكن تقدم كذلك تدريباً في مناهج البحث بها. وتتم إتاحة البيانات التي يولدها المركز الوطني للإحصاءات الصحية بشكل متزايد عن طريق شبكة الإنترنت ويمكن الوصول إليها على www.cdc.gov/nchs.

وهناك موارد أخرى يمكن للمركز أن يقدمها من وجهة نظر مستخدمي البيانات الصحية. فمن الممكن عن طريق الاتصال بالقسم المناسب بالمركز الوطني للإحصاءات الصحية الحصول على إحصائات مفصلة، الكثير منها غير منشور، عن كل موضوع من المواضيع التي يجمع المركز بيانات عنها. كما أن موظفي المركز متواجدون للمساعدة في المسائل المنهجية وتقديم «الرقم» الذي قد يحتاجه محلل البيانات الصحية. وباختصار، فإن المركز الوطني للإحصاءات الصحية هو وكالة ذات منحى خدمي توفر عدداً من المهام التي لا تقدر بثمن بالنسبة لأولئك الذين يحتاجون إلى بيانات عن الصحة والرعاية الصحية. ويتم في الواقع إنجاز الكثير من المعلومات المطلوبة ليتكيف النظام الأمريكي مع بيئة الرعاية الصحية المتغيرة بواسطة المركز الوطني للإحصاءات الصحية.

تسجل شهادات الميلاد المعيارية بيانات عن وقت وتاريخ الميلاد ومكان حدوثه ومحل إقامة الأم والوزن عند الولادة ومضاعفات الحمل وتاريخ الحمل لدى الأم وعمر وعرق الأم والأب (العرق في ولايات محددة) والحالة الاجتماعية للأم ومستواها التعليمي. وتشتمل عناصر البيانات المتاحة من شهادة الوفاة المعيارية على السن والعرق (العرق في ولايات محددة) والجنس ومحل الإقامة والوظيفة المعتادة وتخصص المتوفى، فضلاً عن مكان حدوث الوفاة. بالإضافة إلى ذلك، يتم جمع بيانات عن الأسباب المباشرة والمساهمة في حدوث الوفاة وعن الظروف الصحية المهمة الأخرى.

يتم الإبلاغ عن إحصائات الولادة والوفاة بانتظام في مطبوعات الحكومة الفيدرالية ويتم الآن الإبلاغ عنها عن طريق شبكة الإنترنت (http://www.fedstats.gov). ويتم عادة عرض الإحصاءات التي تم جمعها استناداً إلى كل من مكان وقوع الحادث (مثل موقع المستشفى) ومكان إقامة الفرد المتضرر. ويتم تقديم تفاصيل معتبرة في التقارير

عن مجموعة واسعة من الوحدات الجغرافية بما في ذلك الولايات والمناطق الإحصائية الحضرية والمقاطعات والأماكن الحضرية. وقد تكون بيانات المناطق الجغرافية الأخرى متاحة من خلال هيئات الحكومات المحلية والولايات. ويقوم المركز الوطني للإحصاءات الصحية بإنتاج ونشر تقارير موجزة سنوياً على الرغم من أن الملخصات الشهرية متاحة كذلك من خلال تقارير الإحصاءات الحيوية الشهرية. ويقدم المركز الوطني للإحصاءات الصحية عدداً متزايداً من التقارير ومجموعات البيانات في شكل إلكتروني ومن خلال شبكة الإنترنت.

كما يتم إتاحة تقارير الإحصاءات الحيوية بواسطة معظم حكومات الولايات وأغلب الإدارات الصحية المحلية. ورغم أن هذه الهيئات ستظل تعلن عن البيانات الأساسية، فإن الشكل والتفاصيل والتغطية تختلف من ولاية إلى ولاية ومن مقاطعة إلى مقاطعة.

مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها:

اشتركت مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها The Centers for Disease Control and Prevention (CDC) في أنشطة مراقبة الأمراض منذ إنشاء مركز الأمراض المعدية في عام ١٩٤٦. وتشتمل أنشطة المراقبة الآن على برامج في مجال التناسل البشري والصحة البيئية والأمراض المزمنة والحد من مخاطر السلامة والصحة المهنية والأمراض المعدية. والهدف من نظام المراقبة هو توفير معلومات مؤقتة أسبوعياً عن حدوث الأمراض التي يتم تحديدها على أنها «ممكن الإبلاغ عنها» بواسطة مجلس علماء الأوبئة في الولايات والمقاطعات. ووصولاً إلى هذا الهدف، فإن مركز مكافحة الأمراض يحتفظ بعدد من السجلات عن فئات متنوعة من الأمراض.

يتلقى مركز مكافحة الأمراض والوقاية منها تقريراً بالأمراض التي يمكن الإبلاغ عنها من (٥٢) ولاية أمريكية (واشنطن دي سي ومدينة نيويورك تصدران تقارير منفصلة)، وخمسة أقاليم. ويعتبر عدد الأمراض والحالات التي يتم الإبلاغ عنها كبير جداً. وتشتمل لائحة الأمراض التي يتم رصدها، من بين أمراض أخرى، الجمرة الخبيثة والتسمم الغذائي والكوليرا والدفتاريا والأمراض المنقولة عن طريق الغذاء والجذام والنكاف والصدمة السامة. ويتم نشر إحصاءات عن الأمراض التي يتم الإبلاغ عنها أسبوعياً بواسطة مركز مكافحة الأمراض والوقاية منها في التقرير الأسبوعي للمراضة والوفيات ويتم تجميعها في تقرير سنوي تنشره الهيئة. ويقدم مركز مكافحة الأمراض والوقاية منها الآن كمية متزايدة من المعلومات عن طريق شبكة الإنترنت.

ونظراً لتركيز مركز مكافحة الأمراض والوقاية منها في السابق على الأمراض المعدية، فإنه لا يتم عموماً تتبع الأمراض المزمنة بشكل رسمي باعتبارها جزءاً من جدول أعمال الصحة العامة. ويتسبب هذا الوضع في فراغ خطير في القدرة على رصد الحالات المزمنة التي تشكل الآن الجزء الأكبر من المراضة ضمن سكان الولايات المتحدة. ورغم أن معرفتنا بهذه الظروف تقدمت من خلال بحوث الدراسات المسحية من جانب المركز الوطني للإحصاءات الصحية، فإن المعلومات المستمدة من عينات الدراسات المسحية تحد من فهمنا لعلم وبائيات الأمراض المزمنة، وتحد بالتالي من قدرة النظام على رصد انتشارها. ونتيجة لذلك، فإن مركز مكافحة الأمراض والوقاية منها وغيره من الهيئات يقوم حالياً باستكشاف إمكانيات تحسين قدرات تحديد ورصد الحالات المزمنة.

العاملون في الصناعة الصحية:

تعد السجلات مصدراً رئيسياً للبيانات التي تدور حول فئات كثيرة من العاملين في الصناعة الصحية. ينبغي تسجيل معظم المتخصصين في مجال الصحة في الولاية التي يمارسون فيها عملهم. وبالإضافة إلى ذلك، ينتمي معظمهم إلى جمعيات مهنية أصبحت قوائمها سجلات بحكم الواقع. ويشتمل تسجيل العاملين في مجال الرعاية الصحية، مثل السجلات الأخرى، على تسجيل منتظم وتسجيل في الوقت المناسب للأشخاص الذين يلتحقون بمهنة معينة. وتتطلب سجلات العاملين في مجال الصحة، سواء كانوا حكوميين أو مهنيين، تحديثاً متواصلاً، وهو ما يجعلها أكثر عرضة للخطأ من بعض أنواع السجلات الأخرى.

وتعد الحكومة الفيدرالية هي المصدر الرئيسي لبيانات التسجيل عن العاملين في مجال الصحة على الصعيد الوطني. كما أن وزارة الصحة والخدمات الإنسانية هي المسئولة عن جمع ونشر البيانات عن حالة العاملين في الصناعة الصحية في الولايات المتحدة. وأدت هذه المتطلبات إلى إنشاء سجلات لمختلف فئات المهنيين الصحيين. كما تقوم الوزارة بعمل توقعات مستقبلية عن مجموعات الأفراد لفئات مختارة من المهنيين. بالإضافة إلى ذلك، فإن قائمة مجالات النقص المهني الصحي التي تحتفظ بها إدارة الموارد والخدمات الصحية ضمن وزارة الصحة والخدمات الإنسانية تُعد في كثير من الأحيان ذات فائدة لمخططي الصحة. تتعقب قاعدة البيانات هذه المقاطعات والمجتمعات والفئات الخاصة من السكان (مثل المحميات الهندية الأمريكية) التي تبلغ عدداً أقل من العدد الموصى به من أطباء الرعاية الصحية الأولية. وبالإضافة

إلــى ذلك، فإن مركــز الرعاية الصحية والخدمات الطبية يحتفظ بســجلات مفصلة لأنواع عديدة من المهنيين الصحيين الذين يحصلون على تعويض مالي بموجب البرامج الصحية التي ترعاها الحكومة الفيدرالية.

وتشتمل المصادر الرئيسية الأخرى لبيانات القوى العاملة في الصناعة الصحية على الملف الرئيسي لطبيب تابع للجمعية الطبية الأمريكية والبيانات الطبية وبيانات العظام وبيانات الأســنان وبيانات الالتحــاق بمدارس التمريض والملف الرئيســي للأكاديمية الأمريكية للأطباء المســاعدين والدراسة المســحية لممارسة طب الأسنان لنقابة أطباء الأســنان الأمريكية وقائمة الصيادلة ومعلومات الترخيص من المجلس الوطني لمجالس الولاية للتمريض ومختلف هيئات الاعتماد والجمعيات المهنية التي تخدم المهن الطبية المساندة (مثل فني المختبرات وأخصائي التغذية وأخصائي العلاج الطبيعي).

وغالبــاً ما تعتبر حكومات الولايات مصادر مباشــرة للمعلومــات عن العاملين في مجال الصحة بشــكل أكبر من الهيئات الفيدرالية، نظراً لأن مختلف الولايات تتحمل المســئولية الأساســية في ترخيص ورصــد جميع المهن الصحية تقريبــاً. وكجزء من الأنشطة الإدارية، فهي تقوم بشكل ضروري بإنشاء سجلات لفئات معينة من العاملين في الصناعة الصحية. فقواعد البيانات التي تم إنشاؤها على مستوى الولاية للأطباء والممرضين ومســاعدي الأطباء والفئات الأخرى من العاملــين في الصناعة الصحية عادة ما تكون حديثة. ومع ذلك، فإن التفاصيل التي يتم تقديمها وفائدة البيانات التي تم جمعها لأهداف التخطيط والتســويق وتطوير الأعمال تختلف بشكل كبير من ولاية إلى أخرى.

كما تحتفــظ هيئات الترخيص بالبــلاد بقواعد بيانــات للمتخصصين الصحيين المسجلين في ولاياتهم. رغم أن هذه المعلومات متاحة للجمهور، إلا أن مجرد التسجيل في نطاق الســلطة لا يشير بالضرورة إلى القيام بممارسة أنشطة. وعلاوة على ذلك، فمن المرجح أن تشتمل قواعد البيانات هذه فقط على أقل من البيانات اللازمة لتنفيذ المهام المكلفة لهيئة التراخيــص. كما تحتفظ المجالس المتخصصة والمنظمات الأخرى بسجلات عن أعضائها أو الحاصلين على شهادات، وفي حين أن هذه المعلومات غالباً ما تكون متوفرة في دليل مطبوع، يتباين توفر قواعد البيانات الفعلية.

بدأت عدة منظمــات محلية في تطوير قواعد بيانات لطاقم العمل والاحتفاظ بها وذلك من أجل مناطق الخدمات الخاصة بها. وحيث إن معظم أسواق الرعاية الصحية

محلية فإن قواعد البيانات المحلية ذات فائدة محدودة. كما أحرزت تحالفات الأعمال قصب السبق في دعم تطوير قواعد البيانات في العديد من الأسواق المحلية.

تحتفظ جهات بيع البيانات التجارية بقواعد بيانات للأطباء وأطقم العمل الآخرين، ويتشابه بعضها مع قواعد البيانات الأكثر تقليدية والتي تحتفظ بها المنظمات الاحترافية والمؤسسات الحكومية. ويمكن أن تحدد جهات بيع البيانات المهن الناشئة أو الممارسين «الهامشـيين» والذين ليس لديهم قاعدة ارتباط أو لا تتعقبهم الحكومة. هناك جهات بيـع أخرى تقوم بإعادة تجميع البيانات من المنظمات الحكومية أو مصادر بالجمعيات ثم يعيدون بيعها في شكلها المعدل.

المنشآت الصحية:

تعد الحكومة الفيدرالية بمثابة مصدر رئيسي للبيانات على المستوى القومي والتي تخص المنشـآت الصحية. كما يمثل مخزونٍ المنشـآت الرئيسـية القومية National Master Facility Inventory (NMFI) ملفاً شـاملاً لمنشآت المرضى الداخليين والتي تخضع لمتابعة المركـز القومي للإحصاءات الصحيـة National Center for Health Statistics. وتشـمل المؤسسـات المتضمنة في جهود تجميع البيانات بالمركز القومي للإحصـاءات الصحية المستشـفيات ودور الرعاية والمنشـآت ذات الصلة، إلى جانب المنشآت الرعوية أو الإصلاحية العلاجية، ويتم عمل تحديث لمخزون المنشآت الرئيسية القومية عن طريق الإضافة الدورية للأسماء والعناوين الخاصة بالمنشآت المقامة حديثاً والمرخص لها من مجالس إدارات الولايات والمؤسسـات الأخرى. وتُستخدم الدراسات المسحية في تحديث المعلومات الخاصة بالمنشآت القائمة.

تشمل قواعد بيانات المنشآت التي يبنيها المركز القومي للإحصاءات الصحية بيانات تتعلق بحجم المنشأة والعاملين بها وعمليات الدخول والخروج والخدمات المتاحة ونمط الملكية ونوع الاعتماد. وتكون هذه البيانات متاحة من خلال تقارير منشـورة متنوعة، ويتم الحصول على الكثير من هذه المعلومات بصورة مبدئية من الجمعيات الاحترافية وتتم معالجتها من جانب المركز القومي للإحصاءات الصحية أو أي مؤسسـة فيدرالية أخرى. تتيح مراكز الرعاية الطبية والمسـاعدة الطبية في الوقت الحالي مجموعة من ملفات البيانات الخاصة بالمنشآت الصحية ومقدمي الرعاية الآخرين. وتشمل ملفات «مقـدم الخدمات» التابعة لها كل مقدم للخدمة قام برفـع مطالبات تعويض لبرنامج الرعاية الطبية «ميديكير».

يتم الاحتفاظ بسجلات المستشـفيات الأكثر اكتمالاً على المستوى القومي بجمعية المستشـفيات الأمريكيـة American Hospital Association (AHA). ويتم تجميع البيانات سـنوياً حول مدى إتاحة الخدمات وأنماط الاستفادة والمعلومات المالية وإدارة المستشفيات وأطقم العمل (American Hospital Association, 2003). ويتم تحديث هذه البيانات بصورة متواصلة من خلال إجراء دراسات مسحية مستمرة للمستشفيات على المسـتوى القومي. كما تكون هذه البيانات متاحة لمجموعة متنوعة من الوحدات الجغرافية (بما في ذلك المناطق والتقسـيمات والولايـات والمقاطعات والمدن). وتتاح البيانات على شـكل تقارير منشـورة وعلى أقراص تشغيل حاسـب آلي. وتتم إعادة طباعـة بعض من المعلومات في مصادر ثانوية مثـل County and City Data Book and Health, United States. كما أنشـأت بعض جهات بيع البيانات التجارية قواعد بيانات مستشـفيات، فهناك مثلاً سوليسـنت Solucient والتي تعـد من أكبر جهات بيع البيانات الصحية على المسـتوى القومي، وتنشئ صورة عامة سنوية للمستشفيات استناداً إلى قواعد البيانات الخاصة بها.

وحيث إن معظم المنشـآت الصحية تحصل على التراخيص من جانب الولاية، فإن المعلومـات تكون متاحة عادة من مؤسسـة الولايـة المنوطة بتلك المسـئولية. كما أن المنظمات المحلية مثل مؤسسـات التخطيط والمؤسسات التنظيمية وتحالفات الأعمال تحتفظ وبشـكل متزايد بقواعد بيانات المنشـآت. أما بالنسـبة للمنشـآت بخلاف المستشفيات، فإن جهات بيع المعلومات الخاصة قد بدأت في تجميع البيانات ونشرها. يوجـد الآن جهات تبيع البيانات الخاصـة بمنظمات الرعاية الصحية ومراكز الرعاية الطارئة والمراكز الجراحية المستقلة وأنواع أخرى من المنشآت.

منشآت الصحة العقلية:

يحتفظ مركز خدمات الصحة العقلية بمخزون من منظمات الصحة العقلية (داخل إدارة الخدمات الصحية والإنسـانية الأمريكية) ويتم تحديثها كل سـنتين. كما تنشـر المؤسسـة تقارير دورية حول حالة خدمات الصحة العقلية بالولايات المتحدة الأمريكية، وذلك بالرغم من أن الصيغة تتنوع من إصدار إلى آخر. ويمكن الحصول على المزيد من المعلومات من موقع المركز على الإنترنت: (http://www.samhsa.gov/cmhs/htm).

وكما أن العديد من خدمات الصحة العقلية تتم إدارتها من جانب حكومات الولايات، فإن مؤسسـات الولايـة الخاصة بكل منها تمثل مصدراً لإحصـاءات الصحة العقلية،

وذلــك على الرغم من أن البيانـــات المتاحة تتنوع من حيث إمكانية الوصول، والمحتوى، والصيغة، وفي حين أن الإحصـــاءات المفصلة قد أصبحت متاحة حول خدمات رعاية القادرين على الســير (المرضى الخارجيــين) للأمراض البدنية، فلا يكون الأمر كذلك بالنســبة للأمراض العقلية. إن بعض البيانات المحدودة حول أنشطة مرضى الصحة العقليــة الخارجيــين قد تكون متاحة مــن خلال التقارير التي تعدهــا مراكز الصحة العقلية المجتمعية الشاملة.

الدراسات المسحية:

تُســتخدم عينات الدراسات المسحية عادةً في تكملة البيانات من المصادر الأخرى. وتشــمل عينة الدراسة المسحية إجراء نموذج مقابلة على جزء من السكان المستهدفين الذين تم اختيارهم بشكل منهجي. ويتم تصميم العينة بحيث يكون المستجيبون ممثلين للســكان الجاري دراستهم. ويســمح هذا بعمل اســتنتاجات تخص إجمالي السكان استناداً إلى البيانات المجمعة من العينة.

تعد الحكومة الفيدرالية بمثابة المصدر الأساسي لبيانات البحوث المسحية والمتعلقة بالرعايــة الصحية. وتقوم الحكومــة الفيدرالية من خلال المركز القومي للإحصاءات الصحيــة National Center for Health Statistics في المقام الأول بالاحتفاظ بعدد من الدراسات المسحية الجارية التي تتناول استخدام المستشفيات، ومن رعاية القادرين على الســير (المرضى الخارجيين)، وكذلك اســتخدام دور التمريض والصحة المنزلية، والإنفــاق علــى الرعاية الطبيــة، وموضوعات أخرى ذات علاقة. كمــا تقوم المعاهد القوميــة للصحــة National Institutes of Health ومراكــز مكافحة ومنع الأمراض Centers for Disease Control and Prevention بعمل دراسات مسحية، وذلك على الرغم من أن هذا ينشئ بيانات تهم المختصين بالديموغرافية الصحية. سنناقش في مربع (١٢-٢) بعضاً من عينات الدراســات المسحية المفيدة للمختصين بالديموغرافية الصحية.

مربع (١٢-٢)

المصادر الفيدرالية لبيانات الدراسات المسحية

تمثل الهيئات المشـتركة للحكومة الفيدرالية أكبـر قوة مجموعة بيانات في البلاد. فلقد قامت الهيئات الاتحادية بقيـادة المركز الوطني للإحصاءات الصحية بإجراء مجموعة متنوعة من الدراسـات المسـحية بشـأن القضايـا ذات الصلة بالصحة. وتصف الأقسـام المذكورة أدناه عينة لأنشطة الدراسـات المسحية الفيدرالية التي تتمتع بأهمية خاصة لتخطيط الرعاية الصحية.

يُعد المسـح الوطني للمقابـلات الصحيـة National Health Interview Survey دراسة مسحية جارية وطنية للسكان المدنيين غير المؤسسيين في الولايات المتحدة، فيتـم كل عام إجراء مقابلات مع عينة احتمال متعددة المراحل مكونة من (٤٩٠٠٠) أسرة. وتعد البيانات التي يتم جمعها مفصلة تمام التفصيل وتشتمل على معلومات ديموغرافيـة عن العمر والعرق والجنس والحالة الاجتماعية والمهنة والدخل. ويتم تجميع المعلومات بشـأن حالات التردد على الأطباء والإقامة في المستشـفى وأيام تقييد الأنشطة والحد من الأنشطة على المدى الطويل والحالة الصحية والأمراض المزمنة. وتم مؤخراً إضافة أسئلة حول المعرفة والتوجهات بشأن مرض الإيدز إلى الدراسة المسـحية. ومن الموضوعات التي كان يتم التطرق إليها في بعض الأحيان المعرفة الخاصة بالتغذية والطعام والتدخين وغيرها من اسـتخدامات التبغ ومرض السرطان ومرض شلل الأطفال.

المسـح الوطني للفحـص الغذائـي والصحـي National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) هو إحدى الدراسـات المسحية التي يجريها المركـز الوطني للإحصاءات الصحيـة ومراكز مكافحة الأمـراض والوقاية منها. وتم تصميم هذه الدراسـة المسـحية لجمع معلومات عن صحة وغذاء الأشـخاص في الولايات المتحدة. ويعد المسـح الوطني للفحـص الغذائي والصحي فريداً من نوعـه من حيث إنه يجمـع بين المقابلة المنزلية والاختبـارات الصحية التي تتم في مركز الفحص المتنقل. ويتم إجراء عشـرات الآلاف من المقابلات سنويا وذلك على مدى (١٢) شـهراً، ويتم إجراء فحوصات على حوالي خمسة آلاف مقابلة. وتجمع الدراسة المسـحية معلومات عن الحالة الصحية البدنية وصحة الأسنان والتغذية. وتستخدم البيانات في تحديد مسـتويات الكولسترول في الدم واتجاهات السمنة وغيرها من الخصائص الصحية السكانية.

ويعد المسح الوطني للخروج من المستشفى National Hospital Discharge Survey (NHDS) إحدى الدراسات المسحية المستمرة على الصعيد الوطني لاستفادة المرضى الداخليين أثناء الإقامة لفترات قصيرة في المستشفيات. ويتم تضمين جميع المستشفيات التي توجد بها ستة أسرة أو أكثر تبلغ عن متوسط مدة إقامة يقل عن (٣٠) يوماً في عملية أخذ العينات. ويتم استخدام إطار أخذ عينات احتمالية متعددة المراحل لاختيار المستشفيات من الجرد الوطني للمنشآت الرئيسية وسجلات الخروج بكل مستشفى من المستشفيات. وتراوح العينة الناتجة من (١٩٢) ألفاً إلى (٢٣٥) ألف سجل خروج. ويتم جمع معلومات عن الخصائص الديموغرافية والسريرية والمالية للمرضى الذين خرجوا من المستشفى بعد فترة قصيرة من الإقامة.

يعد المسح الوطني للمرضى الخارجيين National Ambulatory Medical Care Survey (NAMCS) إحدى الدراسات المسحية الوطنية التي تهدف إلى تقديم معلومات حول توفير واستخدام الخدمات الصحية من قبل المرضى الخارجيين. ويتمثل إطار أخذ العينات في زيارات مكتبية يقوم بها مرضى متنقلون لأطباء مشتركين في العمل المكتبي. ويتم استخدام إطار أخذ العينات الاحتمالية متعدد المراحل لاختيار الأطباء من الملفات الرئيسية التي تحتفظ بها الجمعية الطبية الأمريكية والجمعية الأمريكية لتقويم العظام. ثم يتم فحص عينة من سجلات هؤلاء الأطباء لمدة أسبوع يتم تحديده بشكل عشوائي. وتحتوي عينات حديثة على حوالي (٣٥) ألف سجل. ويتم جمع بيانات متعلقة بعمر وعرق والأصل الإثني وجنس المريض، مع سبب الزيارة والمصدر (المصادر) المتوقعة للسداد والتشخيص الرئيسي والخدمات التشخيصية المقدمة وترتيب الزيارة.

تعد الدراسة المسحية الوطنية لدور المسنين National Nursing Home Survey (NNHS) إحدى الدراسات المسحية الدورية الوطنية لدور رعاية المسنين وغيرها من دور الرعاية وسكانها وخروجهم والعاملين بها. ويتم جمع البيانات التي تمت إدارتها آخر مرة في عام ١٩٩٩ باستخدام تصميم احتمالي مكون من مرحلتين. وبمجرد تحديد المنشآت، يتم أخذ عينات المقيمين والعاملين في كل منشأة. وتم استخدام ستة استبيانات منفصلة لجمع البيانات في أحدث دراسة مسحية. ويتعامل الأول مع خصائص المنشأة ويتضمن مقابلة مع الشخص المسئول أو المعين. ويركز الثاني على بيانات التكلفة ويقوم بإتمامه محاسب المنشأة أو كاتب حساباتها. ويتم الحصول

على معلومات عن السكان الحاليين والخارجيين من خلال مقابلة الموظف الأكثر دراية بالسجلات الطبية للسكان. ويتم جمع بيانات إضافية للسكان باستخدام دراسات مسحية هاتفية لأسر المقيم. ويقوم العاملون بدوام كامل ودوام جزئي، بما في ذلك المرضات، باستكمال الاستبيان الخاص بطاقم التمريض. وتشتمل مجموعة البيانات التي تمت إدارتها آخر مرة في عام ١٩٩٧، على حوالي (١٤٠٠) منشأة و(٥١٠٠) حالة خروج (٣٠٠٠) مقيم و(١٤) ألف سجل موظف.

ويشتمل المسح الوطني للرعاية المنزلية ودور رعاية المحتضرين The National Home and Hospice Care Survey (NHHCS) الذي تم إجراؤه في عام ٢٠٠٠ على جمع بيانات من عينة مكونة من (١٢٠٠) هيئة صحة منزلية ودور مسنين. وكانت تتم إدارة الدراسات المسحية للمرضى لمختلف الهيئات وكان يتم جمع معلومات عن الخصائص الديموغرافية والصحية للمرضى المستفيدين من خدمات هذه الهيئات.

وتشتمل الدراسة المسحية الوطنية لنمو الأسرة National Survey of Family Growth (NSFG) التي تم إجراؤها آخر مرة في عام ١٩٩٥، على دراسة مسحية لنحو عشرة آلاف سيدة تراوح أعمارهن بين (١٥-٤٤) عاماً، (وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية ١٩٩٧). تقوم الدراسة المسحية بجمع بيانات عن العوامل التي تؤثر في معدلات الحمل والولادة والتبني وصحة الأم والطفل. وتشتمل الخصائص المعينة التي يتم فحصها على النشاط الجنسي ومنع الحمل وممارسات التعقيم والعقم وفقدان الحمل وانخفاض الوزن عند الولادة واستخدام الرعاية الطبية لتنظيم الأسرة والعقم.

وبدأ مسح لجنة التكاليف الطبية Medical Expenditure Panel Survey (MEPS) في عام ١٩٩٦ ليكون بديلاً للدراسات المسحية السابقة التي تركز على نفقات الخدمات الصحية. وكان مسح لجنة التكاليف الطبية الذي خضع لرعاية مشتركة من وكالة أبحاث الرعاية الصحية والجودة والمركز الوطني للإحصاءات الصحية يهدف إلى إنشاء بيانات عن أنواع الخدمات الصحية التي يستخدمها الأميركيون ومعدل تكرار استخدمهم لها والمبالغ التي يتم سدادها لهذه الخدمات ومن الذي يدفع مقابل الحصول عليها. وبالإضافة إلى ذلك، يقدم مسح لجنة التكاليف الطبية معلومات عن تغطية التأمين الصحي.

بدأ نظام مراقبة عوامل الخطر السلوكي الأمريكي برعاية مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها في عام ١٩٩٥ لجمع معلومات عن السلوك الصحي وأنماط الحياة لسكان الولايات المتحدة. ويقوم أكثر من (٩٠) ألف شخص بالإجابة عن الدراسة المسحية سنوياً. وتشتمل الدراسة المسحية على جمع بيانات في الوقت المناسب بشأن مواد مثل: التدخين والكحول وتعاطي المخدرات واستخدام أحزمة المقاعد والسمنة، فضلاً عن العوامل الأخرى التي يمكن أن تسهم في تكوين صورة عن المخاطر الصحية التي يتعرض لها المرء.

وفي مجال الصحة السلوكية، يجري مركز خدمات الصحة العقلية دراسة مسحية سنوية لمنظمات الصحة النفسية والمستشفيات العامة التي تقدم خدمات صحة نفسية. وتجمع هذه الدراسات المسحية بيانات عن خصائص جميع مزودي خدمات الصحة السلوكية وعن خصائص المرضى الذين قدمت لهم هذه الخدمات. وتشتمل دراسات مسحية أخرى ذات صلة على عينات من المرضى الذين يتم إدخالهم في برامج علاج مختلفة.

مسح السكان الحالي The Current Population Survey (CPS) هو آلية مكتب الإحصاء لجمع بيانات ديموغرافية مفصلة بين التعدادات التي تتم كل عشر سنوات. وتتراوح حجم العينة منذ عام ١٩٦٠ بين (٣٢٥٠٠) و(٦٥٥٠٠) أسرة في العام. ويتم جمع البيانات عن العديد من المواد المدرجة في تعداد السكان والمساكن (مثل العمر والعرق والتعليم). ويتم تضمين أسئلة حول بعض المسائل الصحية ومسائل الخصوبة التي قد يكون لها آثار في الرعاية الصحية. وتعد البيانات الخاصة بتغطية التأمين الصحي لسكان الولايات المتحدة ذات أهمية خاصة بالنسبة لمجال الرعاية الصحية. وكانت هذه البيانات هي أساس التقديرات الحديثة لحجم السكان الذين ينقصهم تأمين صحي.

هذه العينة لا تستنفد قائمة المصادر الحكومية من البيانات ذات الصلة بالتخطيط الصحي، ولكن لا توفر سوى عينات. وتقدم منشورات خدمة المعلومات التقنية القومية الفيدرالية نقطة انطلاق جيدة لإيجاد قواعد بيانات أخرى ذات صلة، وبطبيعة الحال، فإن موقع الإنترنت (www.cdc.gov/nchs) يقدم روابط لمعظم هذه الدراسات المسحية.

كما يوجد عدد قليل من الدراسات المسحية التي ترعاها شركات بيع بيانات تجارية تحتوي على بيانات مفيدة للتخطيط الصحي. تقوم هذه المنظمات برعاية دراسات مسحية على الصعيد الوطني كل عام أو عامين وقد تشتمل على (١٠٠) ألف أسرة. ويتم من خلال هذه الدراسات المسحية، جمع بيانات عن الحالة الصحية والسلوك الصحي وتفضيلات الرعاية الصحية. تقوم بعض شركات البحوث السوقية بجمع بيانات ذات صلة بالصحة بصفتها جزءاً من الدراسات المسحية الاستهلاكية كما يجمع القائمون على استطلاعات الرأي بيانات عن الصحة والرعاية الصحية. وتعتبر بعض البيانات التي تم جمعها بهذه الطريقة مملوكة بشكل خاص ولا تكون عموماً متاحة إلا للعملاء. وتتيح شركات أخرى البيانات للشراء لعامة الناس.

غالباً ما يتم تجاهل استطلاعات الرأي العام على أنها مصادر لأنواع معينة من البيانات. وتقوم المنظمات البحثية باستمرار بإجراء استطلاعات رأي من مختلف الأنواع تكون ذات منهجية بحثية صحيحة، وفي حين أن أحجام العينات تكون صغيرة نسبياً، يمكن أن تقدم استطلاعات الرأي رؤى بشأن تطوير الاتجاهات الوطنية. فعلى سبيل المثال، فإن التحول في الإدراك الذي يعتبر الرعاية الصحية المنزلية بديلاً رديئاً للرعاية الصحية في المستشفيات إلى النظر للمنزل على أنه مكان مفضل للحصول على الرعاية قد تم التعرف عليه ابتداءً من خلال استطلاعات الرأي.

البيانات الاصطناعية:

تشير البيانات الاصطناعية إلى الأرقام التي يتم إنشاؤها في غياب البيانات الفعلية باستخدام نماذج إحصائية. ويتم إنشاء البيانات الاصطناعية عن طريق دمج البيانات الديموغرافية القائمة مع افتراضات حول التغير السكاني لإنتاج تقديرات وتوقعات وتصورات. وتعد هذه البيانات ذات قيمة بشكل خاص بالنظر إلى أن أنشطة الإحصاء والدراسات المسحية مقيدة بسبب اعتبارات الموازنة والوقت. ونظراً لوجود طلب كبير ومتزايد على الحصول على معلومات للسنوات بين التعداد السكاني والآخر، أصبح إنتاج بيانات اصطناعية عملاً رئيسياً. ونظراً لعدم إتاحة بيانات فعلية للحصول على نقاط مستقبلية في الوقت المناسب، ينبغي إنتاج مثل هذه البيانات من خلال الوسائل الاصطناعية.

وتقوم الهيئات الحكومية وشركات بيع البيانات التجارية اليوم بتلبية الطلب على البيانات الاصطناعية. داخل الحكومة الفيدرالية، يتم إعداد التقديرات السكانية

للولايات والمناطق الإحصائية الحضرية والمقاطعات في كل عام بصفته جهداً مشتركاً بين مكتب الإحصاء وهيئة الولاية المعنية بموجب برنامج تقديرات السكان المحليين على مستوى الحكومة الفيدرالية أو الولاية. والهدف من هذا البرنامج هو توحيد البيانات والإجراءات بحيث يمكن توليد تقديرات ذات جودة فائقة.

بشكل عام، ينتج مكتب الإحصاء (٣٠) سلسلة مختلفة من التوقعات كل عام. ويقدم المكتب تقديرات سكانية مفصلة نسبياً للعام الحالي وتوقعات لفترة (٥٠) عاماً في المستقبل على مستوى المقاطعة. كما تقوم أغلب الولايات بإنشاء تقديرات وتوقعات سكانية تتوفر من خلال هيئات الولاية.

برز عدد من شركات بيع البيانات التجارية في السنوات الأخيرة لتكملة جهود الهيئات الحكومية. وتتميز البيانات التي تنشؤها شركات البيع هذه بأنها متوافرة حتى على مستوى الوحدات الجغرافية الصغرى (مثل مجموعة كتلة التعداد)، وغالباً ما يتم توفيرها بمزيد من التفصيل (مثل تصنيفات الجنس والعمر) أكثر من الأرقام التي تصدرها الحكومة. كما أنها توفر المرونة اللازمة لإنشاء التقديرات والتوقعات لمناطق جغرافية «مخصصة» (مثل منطقة السوق) التي لا تستطيع الإحصاءات الحكومية القيام بها. ويتمثل العيب فيها بالطبع في عدم وجود بعض الدقة عند وضع حسابات لمستويات جغرافية ولمكونات سكانية أقل. ومع ذلك، فإن سهولة الوصول إلى وتوقيت هذه الأرقام التي تصدرها شركات البيع جعلها دعامة أساسية لمخططي الخدمات الصحية.

هناك جدل متواصل حول جودة البيانات الاصطناعية المتاحة. فيطالب المستخدمون بأحدث بيانات ممكنة، وفي محاولة لخدمة السوق، فإن مسألة الجودة أصبحت في بعض الأحيان مصدر قلق ثانوي. فينبغي على مستخدمي البيانات الاصطناعية تطوير معرفتهم بالمنهجيات التي تستعملها الشركات المتعددة لبيع البيانات المستخدمة وبجودة للأهداف المحددة.

تشتمل فئة مهمة من البيانات الاصطناعية على تقديرات وتوقعات الطلب على الخدمات الصحية. ونظراً لوجود مصادر قليلة للبيانات الفعلية بشأن استخدام الخدمات الصحية وتوقعات الطلب في المستقبل، فقد تم وضع مجموعة متنوعة من المداخل (الطرق) لتوليد تقديرات وتوقعات اصطناعية للطلب. وينطوي المدخل العام على تطبيق معدلات الاستفادة معروفة لرقم سكاني حالي أو متوقع. ويتم، إلى أقصى حد ممكن، تعديل هذه الأرقام لتركيبة العمر والجنس على الأقل للتركيبة السكانية المستهدفة. وتعتبر معدلات الاستفادة التي تم إنشاؤها بواسطة المركز الوطني

للإحصاءات الصحية أساساً لمعظم هذه الحسابات، ومن المرجح أن يتم الحصول عليها وعلى المجموعات الديموغرافية من مجموعة متنوعة من المصادر المختلفة.

وتصدرت شركات بيع البيانات التجارية وضع تقديرات وتوقعات الطلب. ووضعت بعض الشركات حسابات تغطي المدى الكامل من خدمات المرضى الخارجيين والداخليين، رغم أنها لا تتوفر غالباً إلا للعملاء الثابتين. ويمكن للشركات الأخرى أن توفر بيانات محددة عن الطلب على خط خدمة معينة مثلاً.

يتم إنتاج نوع مختلف من البيانات الاصطناعية بواسطة مكتب إحصاءات العمل (ضمن وزارة العمل الأمريكية). ويحتفظ المكتب ببيانات عن جميع الفئات المهنية داخل الاقتصاد، بما في ذلك المهن الصحية. فهو ينتج باعتباره جزءاً من مسئوليات المكتب توقعات بشأن حجم مختلف الفئات المهنية في الولايات المتحدة لمدة (١٠) إلى (١٥) سنة في المستقبل. ويتم إنتاج ستة نماذج من التوقعات، يحتوي كل منها على عدد من المتغيرات التي تعكس سيناريوهات مختلفة تعكس التغيرات في إجمالي قوة العمل والاقتصاد الكلي والطلب على الصناعة والتوظيف في الصناعة وعوامل أخرى. ويتم إنشاء ثلاث مجموعات من توقعات التوظيف استناداً إلى مجموعات مختلفة من الافتراضات. ومن المهم هنا الفئات المختلفة من المهن المتعلقة بالصحة (مثل أطباء الأسنان والأطباء والجراحين والمعالجين حسب التخصص) والمهن المساندة (مثل مساعدي طبيب الأسنان والمساعدين الطبيين، فضلاً عن مساعدي الممرضين). وفي السنوات الأخيرة، برزت المهن الصحية بين المهن التي تتمتع بأعلى معدلات نمو متوقع. وتتوفر بيانات عن الفئات المهنية من وزارة العمل من خلال التقارير التي يتم نشرها بشكل منتظم وبشكل متزايد من خلال شبكة الإنترنت. (يمكن الحصول على مزيد من المعلومات عن المهن الصحية على الموقع التالي: (http://www.hrsa.dhhs.gov/bhpr).

مصادر بيانات التخطيط الصحي:

هناك مصادر عديدة لبيانات التخطيط الصحي متاحة اليوم وما زال عدد المصادر ينمو. وتصنف الأجزاء التالية هذه المصادر في أربع فئات رئيسية وهي: الهيئات الحكومية والجمعيات المهنية والمنظمات الخاصة وشركات بيع البيانات التجارية.

ورغم أن المصادر الواردة في كل قسم تشير إلى الهيئات والمنشورات المسئولة عن مجموعة البيانات المحددة التي تجري مناقشتها، فإنه يوجد العديد من الملخصات التي قد يعتبرها المستخدمون مفيدة للغاية. يشرح مربع (١٢-٣) أهم هذه الملخصات.

مربع (١٢-٣)
خلاصة البيانات الصحية

لا يوجد حالياً أي مركز وطني للبيانات عن الصحة والرعاية الصحية في الولايات المتحـــدة. وهذا الأمر هو ما يجعل تحديد البيانات اللازمة والحصول عليها تحدياً لمخططـــي الصحة. ومع ذلـــك، هناك عدد قليل من «خلاصـــة» البيانات الصحية التـــي قد تكون مفيدة لكثير من الأهداف. ورغم أنه لم يقدم أي منشـــور من هذه المنشـــورات جميـــع البيانات التي قد يحتاجها المخطـــط، ولكنها تعد نقطة انطلاق معقولة، فهي لا تجمع فقـــط بيانات محددة حول مواضيع معينة، ولكن يمكنها في كثير من الأحيان توجيه القارئ إلى أصل البيانات وموارد مفيدة أخرى.

كانت أشـــهر خلاصة من خلاصة البيانـــات ذات الصلة بالصحة عنوانها «الصحة، الولايات المتحدة». ويتم نشر هذا العمل سنوياً بواسطة المركز الوطني للإحصاءات الصحية، ويتضمن بيانات تم جمعها من المركز الوطني للإحصاءات الصحية والكثير من المصادر الأخرى. يتضمن المنشور بيانات عن الحالة الصحية والسلوك الصحي واستخدام الخدمات الصحية وموارد الرعاية الصحية والنفقات الصحية والتغطية التأمينيـــة. وهذه البيانات متاحة في الغالب على المســـتوى الوطني، رغم أن بعض بيانات الولايات والبيانات الإقليمية متاحة.

والمنشـــور الآخر الذي يطلق عليه، «الصحة النفســـية والولايات المتحدة»، يتم نشره ولكن بنســـبة أقل من منشـــور «الصحـــة، الولايات المتحدة» غيـــر أنه يمثل المصدر الرئيســـي لبيانات الرعاية الصحية الســـلوكية. وتستند الإحصاءات على البيانات التي جمعها مركز خدمات الصحة العقلية.

هناك خلاصة أخرى أكثر تخصصاً ينشـــرها مركز خدمـــات ميديكير وميديكيد. فهذا الكتاب الذي يشـــار إليه بأنه خلاصة بيانات (حيث يظهر عام النشر على أنه جزء من العنوان)، يجمع بيانات عن برنامجي ميديكير وميديكيد. البيانات المقدمة يتم استقاؤها في المقام الأول من ملفات إدارة تمويل الرعاية الصحية، رغم أنه يتم كذلك تضمين بيانات من مصادر من خارج الهيئة. المعلومات التي جمعتها خدمات الرعاية الصحية والخدمات الطبية يتم تقديمها على المستوى الوطني، ويتم الإبلاغ عـــن بعض البيانات على مســـتوى الولايـــة. ولا يتم تقديم أي بيانات للمســـتويات الجغرافية دون مستوى الولاية.

نظراً لأن البيانات الديموغرافية في غاية الأهمية بالنسبة للمخططين الصحيين، من المفيد ذكر الخلاصة التي تركز على هذا النوع من البيانات. يتم نشر كتاب بيانات المقاطعة والمدينة كل عامين بواسطة مكتب الإحصاء، ويشتمل على أكثر من (٢٠٠) بند منفصل لكل مقاطعة و(١٣٤) بنداً لكل مدينة تتكون من (٢٥) ألف شخص أو أكثر. وتشتمل البيانات التي تهم محللي الرعاية الصحية على إحصاءات سكانية حيوية وإحصاءات للمستشفى والأطباء وإحصاءات لدور رعاية المسنين، فضلاً عن بيانات تأمين معينة.

يقوم مكتب الإحصاء بنشر «كتاب بيانات المناطق الحضرية والولايات» كل أربع سنوات ويحتوي على (١٢٨) بند بيانات لكل ولاية و(٢٩٨) متغيراً لكل منطقة إحصائية حضرية، و(٨٧) متغيراً لكل مدينة مركزية في منطقة إحصائية حضرية. وتقدم أنماط أعمال المقاطعة، التي يعدها مكتب الإحصاء، حصراً شاملاً لشركات الرعاية الصحية المختلفة التي تعمل في كل مقاطعة أمريكية.

يتم نشر الملخص الإحصائي للولايات المتحدة كل عام بواسطة مكتب الإحصاء، ويحتوي الملخص على بيانات مفصلة للبلاد بأسرها لإحدى وثلاثين فئة موضوعات مختلفة (مثل الإحصاءات الحيوية والتغذية)، وكذلك بيانات عن الولايات والمناطق الحضرية. وتنشر معظم الولايات ملخصاً إحصائياً يشتمل على بيانات قابلة للمقارنة بالنسبة للولاية ومقاطعاتها ومدنها.

المؤسسات الحكومية:

تشارك الحكومات على جميع مستوياتها في إنتاج وتجميع وتجهيز و / أو نشر البيانات ذات الصلة بالصحة. وتُعد الحكومة الفيدرالية، من خلال الإحصاء الذي يتم كل عشر سنوات والأنشطة ذات الصلة، أكبر معالج للبيانات الديموغرافية في العالم. وتعتبر هيئات فيدرالية أخرى بمثابة مديري بيانات رئيسيين لموضوعات إحصاءات الخصوبة ونسبة المرض والوفيات والهجرة ذات الصلة.

تعد الحكومة الفيدرالية من أكبر منتجي قواعد البيانات ذات الصلة بالصحة. فيتم إنشاء جزء كبير من البيانات الصحية في البلاد من خلال المركز الوطني للإحصاءات الصحية ومراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها والمعاهد الوطنية للصحة وغيرها من المنظمات. ويحتفظ مكتب الموارد الصحية (وزارة الصحة والخدمات الإنسانية)

بملف رئيســي للكثير من البيانات الصحية التي جمعتها الحكومة الفيدرالية وعنوانه ملــف مــوارد المناطق. وتقــوم مصادر فيدرالية أخــرى خارج الهيئــات ذات الصلة بالصحــة، مثل مكتب إحصاءات العمــل (مثل المهن الصحيــة) ووزارة الزراعة (مثل بيانات التغذية) بإنشــاء قواعد بيانات للبيانــات الداعمة. ويعتبر عدد وتنوع قواعد البيانات التي أنشأتها الهيئات الفيدرالية أمراً مؤثراً، ولكن تنوع الهيئات ينطوي على أساليب تختلف فيها قواعد البيانات في التغطية والمحتوى والشكل والتكلفة والتكرار وسهولة الوصول.

كمــا أن حكومات الولايات والحكومات المحلية من المصــادر الكبيرة للبيانات ذات الصلــة بالصحة. وفي الواقع، فقد أظهرت دراســة مســحية لمســتخدمي البيانات الصحيــة أن هيئــات الولايــات المختلفة هي المصدر الأساســي لبيانــات التخطيط والتســويق وتطوير الأعمال (Thomas 1996). وتنتــج حكومات الولايات كمية معينة مــن البيانات الديموغرافيــة، إذ تمتلك كل ولاية مركز بيانــات بالولاية عن التوقعات الديموغرافيــة. وغالباً ما يمكن الحصول على بيانات الإحصاءات الحيوية في أفضل توقيت على مســتوى الولايــة. ومع ذلك فإن الولايات تختلف مــن حيث أنواع وجودة البيانات التي تنتجها. كما قد تشــارك مراكز بيانات الجامعات في معالجة البيانات الديموغرافية. وقد تقوم الحكومات المحلية بإنشــاء بيانات ديموغرافية لاستخدامها فــي مهام تخطيطية مختلفة. وقد تقوم حكومات المــدن أو المقاطعات بإنتاج توقعات ســكانية، في حين تتحمل الهيئات الحكومية بالمقاطعات مســئولية جمع ونشر بيانات الإحصاءات الحيوية.

الجمعيات المهنية:

تعــد الجمعيات المختلفة داخل قطاع الرعاية الصحيــة مصدراً آخر للبيانات ذات الصلة بالصحة. ومن أهمها الجمعية الطبية الأميركية (والمنظمات الطبية المتخصصة ذات الصلة) ورابطة المستشفيات الأمريكية. كما توجد منظمات أخرى للعاملين (مثل جمعية أطباء الأســنان الأمريكية) والمنشــآت (مثل الجمعية الوطنية للرعاية المنزلية) التي تحفظ قواعد بيانات لأعضائها والأنشطة المتصلة بالعضوية في المنظمة. وعادة ما يتم وضع قواعد البيانات هذه من أجل الاســتخدام الداخلي، ولكن تتزايد إتاحتها لأطراف خارجية.

لقد تم تكوين عدد من المنظمات في السـنوات الأخيرة تركز تحديداً على البيانات الصحية، في حين قام البعض الآخر بإنشاء أقسام رسمية تتعامل مع البيانات الصحية داخل سـياقها الأوسع. فالرابطة الوطنية لمنظمات البيانات الصحية تقوم مثلاً بجمع الأطراف المختلفة من القطاعين العام والخاص المهتمين بالبيانات الصحية. وأصبحت الجمعية الوطنية لمسئولي الصحة في المدن والمقاطعات نشطة جداً من حيث الحصول علـى البيانات الصحية لأهـداف التخطيط المحلي. تعد جمعيـة المعلومات الصحية ونظـم الإدارة من أكبر المنظمات التي تعالج هذه المسـألة باعتبارها أحد الاعتبارات الجانبية لمسائل نظم إدارة البيانات.

قام العديد من الجمعيات المهنية في السـنوات الأخيـرة بإتاحة كمية متزايدة من المعلومات عن أعضائها لمجتمع الأعمال والبحوث. ولا تهتم هذه المنظمات فقط بتبادل المعلومـات مع المجموعات ذات الصلة، ولكنها اعترفت كذلك بإمكانية قواعد البيانات هـذه في الحصول على الإيرادات. تشـتمل بعض قواعد البيانات هذه على معلومات أساسية فقط، ويقدم بعضها الآخر كماً هائلاً من التفاصيل.

المنظمات الخاصة:

يقـوم العديد من المنظمات الخاصة (معظمها غير هادف للربح) بجمع و/أو نشـر البيانـات المتعلقة بالصحة. وغالباً ما تقوم جمعيات الرعاية الصحية الطوعية بجمع وإعادة تعبئة و/أو نشـر مثل هـذه البيانات. تقوم جمعية السـرطان الأمريكية مثلا بتوزيـع بيانات المراضة والوفيات المتصلة بمجالات اهتمامها. وتقوم بعض المنظمات، مثل منظمة تنظيم الأسرة، بتكليف إجراء دراسات خاصة عن الخصوبة أو المسائل ذات الصلة ونشر هذه المعلومات في وقت لاحق.

يقـوم العديد من المنظمات بإعادة صياغـة البيانات التي تم جمعها في مكان آخر (من مكتب الإحصاء أو المركز الوطني للإحصاءات الصحية مثلا) وتقديمها في سياق تخصصي. ويقوم مكتب مرجع السكان، وهو منظمة خاصة غير هادفة للربح، بتوزيع إحصاءات السـكان في أشـكال مختلفة مثلا. ويقوم بعضها، مثل الرابطة الأمريكية للمتقاعدين ليس فقط بجمع ونشر البيانات الثانوية ولكنه يشارك كذلك وبشكل نشط في جمع البيانات الأساسية، فضلا عن رعاية العديد من الدراسات التي تشتمل على شكل من أشكال جمع البيانات.

منظمات بيع البيانات التجارية:

تعد منظمات بيع البيانات التجارية فئة رابعة من مصادر قواعد البيانات ذات الصلة بالصحة. ظهرت هذه المنظمات لملء الفجوات الملحوظة في إتاحة فئات مختلفة من البيانات الصحية. وتشتمل هذه الفئة على منظمات بيع البيانات التجارية التي تنشئ وتحتفظ بقواعد البيانات الخاصة بها، وكذلك التي تقوم بإعادة معالجة و/أو إعادة تعبئة البيانات الموجودة. تقوم إس إم جي للتسويق بحفظ قواعد بيانات عن دور المسنين ومراكز الرعاية العاجلة وأنواع المنشآت الأخرى وتتيح هذه المعلومات عن طريق مجموعة متنوعة من الأشكال. كما تشتمل هذه المجموعة على كبرى منظمات بيع البيانات (مثل إي إس آر آي للمعلومات التجارية وكلاريتاس) التي لا تقوم بالضرورة بإنشاء قواعد بيانات ذات صلة بالصحة ولكنها تدمج قواعد البيانات ذات الصلة بالصحة في نظم قواعد بيانات الأعمال التجارية الخاصة بها.

ونظراً للطلب على البيانات ذات الصلة بالصحة، أضافت عدة منظمات بيع بيانات تجارية البيانات الصحية لقوائمها، وظهر عدد قليل من منظمات بيع البيانات الخاصة بالصحة. هذه المنظمات لا تقوم فقط بإعادة تعبئة البيانات الموجودة في شكل أكثر قبولاً، ولكنها تقوم كذلك بوضع بعض قواعد البيانات الخاصة بها. وتقوم ثلاث منظمات على الأقل بإجراء دراسات مسحية استهلاكية كبرى على الصعيد الوطني.

ونظراً للطلب المتزايد على البيانات ذات الصلة بالصحة، فقد أصبح تحسين الجودة والتغطية والتوقيت وتوافر مثل هذه البيانات من الأولويات بالنسبة للعديد من المنظمات. وكان للحكومة الفيدرالية الصدارة في القطاع العام من خلال جهودها في إتاحة قواعد البيانات والسجلات ذات الصلة بالصحة على نطاق واسع لمجتمعات الأعمال والمجتمعات البحثية. وتقوم الحكومة الفيدرالية من خلال برامجها المختلفة بدعم المشاريع التي تنطوي على تطبيق تقنية الكمبيوتر المعاصرة ومعالجة ونشر البيانات المتعلقة بالصحة، وهو مجال تتخلف فيه الرعاية الصحية بشكل كبير عن غيره من الصناعات. وتواصل منظمات بيع البيانات التجارية في وضع قواعد بيانات خاصة وإعادة تعبئة وتوزيع قواعد البيانات التي تنتجها الحكومة و/أو مصادر الجمعيات.

لقد أصبحت شبكة الإنترنت بالفعل قوة فيما يتعلق بالبيانات الصحية. ورغم أن التركيز وقت كتابة هذا التقرير كان على المعلومات الصحية الموجهة للمستهلك في شبكة الإنترنت، لكن البيانات المخصصة لاستخدام العاملين في الصناعة الصحية

ليست متأخرة كثيراً. فأصبحت الملفات الببليوغرافية والملفات النصية متاحة بالفعل، وتقوم بعض منظمات الرعاية الصحية بنقل بيانات المرضى عبر شبكة الإنترنت. وفي المستقبل، هناك ما يدعو إلى الجزم بأن بيانات التخطيط والتسويق والتطوير التجاري للخدمات الصحية ستكون متاحة على نطاق واسع على شبكة الإنترنت. (انظر الفصل الحادي عشر حول مناقشة البيانات الصحية على شبكة الإنترنت).

إدارة البيانات الصحية:

نتج عن التوسع في توافر البيانات الصحية مشكلة من نوع مختلف بالنسبة للمشاركين في التخطيط الصحي. وهي تنطوي على التحدي المتمثل في إدارة واستخدام هذا الكم الضخم الذي يتزايد من البيانات الصحية وبيانات الرعاية الصحية.

كانت المحاولات السابقة لإدارة البيانات الصحية بدائية بكل المقاييس، وكانت تركز بشكل كامل تقريباً على الأبعاد العملية مثل فواتير المرضى. هذه البيئة المركزية التي تميز المستشفيات وغيرها من كبرى منظمات الرعاية الصحية أوجدت عملية بطيئة وغير مرنة. وكانت إدارة البيانات تحت سيطرة فنيي نظم المعلومات الذين كانوا منعزلين عن تشغيل المنظمة. والمطلوب حل فني أفضل إذا كان العاملون في الرعاية الصحية يريدون تسخير قوة الحجم المتزايد من البيانات واستخدامها لأهداف التخطيط والتسويق وتطوير الأعمال.

وخلال أوائل ثمانينيات القرن العشرين، أدرك البعض أن القدرة على إدارة هذا الحجم المتزايد من البيانات سيكون حاسماً. وكانت أغلب الصناعات الأخرى قد قامت بالتعامل بالفعل مع هذه القضية ووضعت وسائل متطورة إلى حد ما لمعالجة وتحليل بيانات الصناعة. ونظراً للخصائص الغريبة للصناعة الصحية، فقد تخلف قطاع الرعاية الصحية بشكل كبير وراء القطاعات الاقتصادية الأخرى من حيث إدارة المعلومات.

مهد طرح الكمبيوتر الصغير لمزيد من الإدارة الكفؤة للبيانات. وأدى نقل قوة الكمبيوتر المركزي إلى كمبيوتر مكتبي إلى تغيير أجهزة الكمبيوتر الشخصية لبيئة إدارة البيانات بشكل سريع. واشتمل التحويل على أكثر من القدرات الفنية، مع ذلك، لأنه سمح بتحويل السيطرة على إدارة البيانات مرة أخرى إلى المديرين والعاملين في مجال الصحة الذين استخدموا البيانات في النهاية.

أما في منتصف ثمانينيات القرن العشــرين، ومع توسع صناعة البيانات الصحية، ظهــرت التطبيقات المحوســبة لإدارة هذا الكم الهائل المتزايــد من البيانات. فقدمت عدة شــركات نظم تســويق وتخطيط «الكمبيوتر المكتبي» المصممة للعمل على أجهزة الكمبيوتر الشــخصية. وتم تنميط العديد منها بعــد تنميط تلك التي تم وضعها في الصناعات الأخرى، ولكــن معظمها لا يمكنه الهروب من التحول. ووضع غيرها نظم ســطح مكتب خاصة بالرعاية الصحية وظهر اثنتــين من كبرى منظمات البيع لخدمة ســوق المستشــفيات في المقام الأول. ويجــري اليوم التعامل بشــكل متزايد مع إدارة البيانات الصحية عبر شبكة الإنترنت.

مكّن طرح نظم تحليل الســوق علــى أجهزة الكمبيوتر المكتبــي من تحويل أبحاث التســويق من عملية بطيئة متثاقلة كانت دقتها مشــكوك فيها إلى نشاط علمي سريع ودقيق. وقدمت نظم التحليل الخاصة على أجهزة الكمبيوتر المكتبي عدداً من عمليات التقدم على النهج السابق لتحليل السوق. ويمكن الآن تقديم معظم هذه القدرات على الشبكة، كما يمكن لنظم إدارة البيانات التي تستند إلى الإنترنت إنتاج تقارير وجداول ورســومات وخرائط موحدة أو مخصصة ذات صلة بأي تطبيــق، ولديها القدرة على اســتيراد مجموعات بيانات في مجموعة متنوعة من الأشــكال ودمجها بســهولة في التطبيقات الموجودة.

ورغــم أنه لم يتم بعد حل بعــض التفاصيل الفنية فيما يتعلــق بالبيانات التي يتم تســليمها عن طريق شبكة الإنترنت، إلا أن توزيع البيانات المتعلقة بالصحة عبر شبكة الإنترنت يكتسب زخماً. في حين أن البيئة المركزية شددت على مركزية إدارة البيانات، فقــد عملت بيئة الكمبيوتر الشــخصي المزدهرة على تجزئــة البيانات داخل المنظمة. وتقدم شــبكة الإنترنت إطاراً لدمــج البيانات من مختلف المصــادر والتزمت مختلف الهيئات الفيدرالية بإتاحة الوصول للبيانات الخاصة بها عبر شبكة الإنترنت.

وهنــاك اعتبار آخر مهم فيما يتعلــق بإدارة وتحليل البيانــات للتخطيط الصحي وهو الأهمية المتزايدة لنظم المعلومات الجغرافية. وكان التحليل المكاني، في أشــكاله المختلفة، دائماً أحد الجوانب المتأصلة في عملية تقييم المجتمع. وفي الوقت نفســه، يشــتمل العمل الميداني الوبائي على التحليل المكاني باعتباره أســلوباً تحليلياً أساسياً. وأســهم إدخال تطبيقات نظم المعلومات الجغرافية عالية الأداء ومنخفضة التكلفة إلى حد كبير في اســتخدام التحليل المكاني في البحــوث ذات الصلة بالصحة. وتم جلب قوة التحليل المكاني المســتند إلى الكمبيوتر المركزي لأجهزة الكمبيوتر المكتبي بواسطة

تطبيقـــات مثل برنامج ماب إنفو MapInfo و آرك فيو ArcView، وحتى مســـتخدمو أجهزة الكمبيوتر غير المتطورة يمكنهم إنشـــاء خرائط معقدة الآن. إن فرصة التحليل المكانـــي المتقدم متاحة لمن يطلبها. ومن المرجـــح أن يجعل إحراز مزيد من التقدم في تطبيقات نظم المعلومات الجغرافية من هذه النظم أكثر أهمية لعلماء الصحة السكانية في المستقبل.

ولقد تحســـنت القدرة على معالجة وتجهيز ونشر البيانات المتعلقة بالصحة بشكل كبير بســـبب التقدم الذي حدث في تقنية الكمبيوتر. تواصل التطورات الجديدة في مجالات تخزين وتوحيد البيانات وقدرات إدارة قواعد البيانات واسعة النطاق تحسين آفـــاق من يريدون البيانـــات الصحية. ويتم الآن تطبيق أســـاليب متقدمة مثل الذكاء الاصطناعي والمنطق الضبابي والشبكات العصبية في مجال الرعاية الصحية، وتدخل «النمذجة التنبؤية» نطاق الاستخدام بواسطة العديد من منظمات الرعاية الصحية.

فـــي النهاية، تعكس كل هذه التطورات التغيرات التي تحدث في طريقة اســـتخدام البيانـــات الصحيـــة. ويعزى الطلب علـــى قدرات أفضل لتحليـــل وإدارة البيانات إلى نهـــج جديد للتخطيط الصحي تتطلبه البيئة المتغيـــرة. ورغم أن قدرة البيئة الصحية الجديدة على وصف الوضع ببســـاطة من حيث البيانات يعد إنجازاً كبيراً في الماضي، ولكن هذه البيئة تستدعي اتباع نهج أكثر استباقية لاستخدام البيانات. فلم يعد يكفي أن تكون قادراً على وصف مجال ســـوق، مثلاً، ولكن ينبغي اســـتخدام البيانات بشكل استباقي لدعم اتخاذ القرار والتخطيط الإستراتيجي.

المراجع:

- American Hospital Association (2003). Hospital Statistics (2003 Edition). Chicago: American Hospital Association.

مصادر إضافية:

- American Hospital Association (2003). AHA Guide to the Health Care Field (2003 Edition). Chicago: American Hospital Association.
- American Medical Association (2002). Socioeconomic Characteristics of Medical Practice, 2002. Chicago: American Medical Association.
- American Medical Association (2002). Physician Characteristics and Distribution in the U.S., 2002. Chicago: American Medical Association.
- Bureau of Health Professions, U.S. Department of Health and Human Services. Web site: http://bhpr.hrsa.gov.
- Census Bureau, U.S. Department of Commerce, Washington, DC. Website: http://www.census.gov. (See in particular "American Factfinder:").
- Census Bureau (2002). County Business Patterns, 2002. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Census Bureau, U.S. Department of Commerce, Washington, DC. Information on the North American Industry Code System. Website: http://www.census.gov/epcd/www/naics.html.
- Center for Mental Health Studies, U.S. Department of Health and Human Services, Washington, DC. Website: http://www.samhsa.gov/cmhs/htm.
- Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services, Atlanta, GA. Website: http://www.cdc.gov. Centers for Disease Control and Prevention (Weekly). Morbidity and Mortality Weekly Review. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention. FedStats on-linere source. Website: www.fedstats.gov.
- Health Resources and Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services, Washington, DC. Website: http://www.hrsa.dhhs.gov.

- Bureau of Primary Health Care, U.S. Department of Health and Human Services, Washington, DC. Website: http://bphc.hrsa.gov/
- National Center for Health Statistics, U.S. Department of Health and Human Services, Hyattsville, MD. Website: http://www.cdc.gov/nchs
- National Center for Health Statistics (2002). Health United States, 2002. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Wellner, Alison S. (1998). Best of Health: Demographics of Health Care Consumers. Ithaca, NY: New Strategist Publications.

الفصل الثالث عشر
مستقبل تخطيط الخدمات الصحية

مقدمة:

مع بزوغ فجر القرن الحادي والعشرين، كان مجال تخطيط الخدمات الصحية يدخل على ما يبدو حقبة جديدة. وبحلول منتصف تسعينيات القرن العشرين، بدأت المقالات التي تتناول مسألة التخطيط الصحي تعاود الظهور في أدبيات الرعاية الصحية والسياسة الصحية. كما أنشئت مجلات جديدة موجهة للأكاديميين من ذوي الاهتمامات التخطيطية، وظهر في القطاع الخاص نشرات إخبارية مخصصة للموضوعات المتعلقة بالتخطيط. وأصبحت الصحف التي تضم موضوعات خاصة بالتخطيط تظهر بشكل متكرر في برامج الاجتماعات المهنية وكانت مختلف الأطراف تناقش قضايا التخطيط بشكل صريح في المحافل العامة. فأصبحت «الرعاية الصحية المستندة إلى السكان» إحدى «العبارات الطنانة» خلال أواخر تسعينيات القرن العشرين، وبدأت منظمات القطاعين العام والخاص في تبني هذا النهج بشكل حذر.

يقوم المهنيون الصحيون اليوم في القطاعين العام والخاص وبشكل متزايد بأداء أنشطة شبيهة بالتخطيط على الرغم من تسميتها بأسماء أخرى. كما يجري تشكيل نظم توصيل خدمات متكاملة وتتعاون الكيانات الخاصة والعامة لمعالجة قضايا المجتمع، ويتم البدء في محاولات على نطاق المجتمع لجمع البيانات ذات الصلة بالصحة ومشاركتها. وبعد مرور عقدين تقريباً من التجاهل، عادت كلمة «تخطيط» إلى الظهور مرة أخرى وبقوة.

إن أسباب تجدد الاهتمام بالتخطيط الصحي معقدة وتعكس الطبيعة المتغيرة لنظام الرعاية الصحية نفسه. وتتمثل العوامل التي تشجع على هذا التأكيد الجديد على التخطيط في ما يلي: ١) التركيز على النهج المحلي المجتمعي تجاه القضايا الصحية. ٢) الفشل الملحوظ في «نهج» السوق. ٣) أوجه القصور المحددة في مجال الصحة العامة. ٤) «التجاوزات» التي اتسم بها القطاع الخاص. ٥) تكاليف تقديم خدمات صحية في ظل الظروف الحالية. ٦) عدم فعالية نظام الرعاية الصحية بشكل عام.

لقد تغيرت بيئة الرعاية الصحية بشكل واضح ومن نواح عديدة على مدى العشرين سنة الماضية، وجعلت كل التطورات التي حدثت من نهج التخطيط في مجال الرعاية الصحية أمراً ذا أهمية متزايدة. وتعكس الطبيعة المتناقضة لعدد قليل من التطورات

الحاجة المتزايدة للتخطيط. فمن كان يتخيل يوماً أن المسئولين عن المستشفيات سيحاولون وبشكل يائس إفراغ الأسرة، وأن يقوم مقدمو الخدمات بتجنب المرضى، وأن يحاول الأطباء والإداريون وبقوة الحد من استخدام الخدمات، وأن يقوم الأفراد من غير الأطباء باتخاذ قرارات «علاجية» وألا يقوم أي شخص باستخدام كلمة «مريض» بعد الآن؟. تشير هذه التطورات وبجلاء إلى أن عالم الرعاية الصحية قد انقلب رأساً على عقب، وقطعت هذه التناقضات الظاهرية التي تمثلها هذه التطورات شوطاً طويلاً نحو تعزيز الاهتمام المتجدد بتخطيط الخدمات الصحية.

ومع ذلك فقد تمثل التطور الأبرز في الرعاية الصحية على مدى السنوات العديدة الماضية في النقلة النوعية من التركيز على «الرعاية الطبية» إلى التركيز على «الرعاية الصحية». وتعتبر الآثار المترتبة على هذا التحول مذهلة، لدرجة إعادة تعريف مفاهيم أساسية مثل «الصحة» و«المرض». وينطوي هذا التحول على التوسع في مفهوم الصحة إلى مفهوم مختلف بشكل نوعي وتوسيع مفهوم الرعاية الصحية بحيث يشتمل على مجموعة واسعة من الخدمات والسلوكيات التي لم يسبق إدراجها أبداً تحت هذا العنوان.

واكب ظهور نموذج الرعاية الصحية الجديد هذا تحولات في نوع الاستجابة التي يقدمها نظام التوصيل في مواجهة مشكلة صحية ما. ويمكن النظر إلى النهج التقليدي باعتبار أنه ينطوي على «استجابة عارضة». وبعد ذلك، جرى توسيع هذا النهج ليتخذ شكل «إدارة الرعاية». وتم في وقتنا الحالي توسيع إدارة الرعاية لتصبح «إدارة المريض». ويجري الآن استبدال إدارة المريض بنموذج أوسع ينطوي على «إدارة السكان». وبمجرد انتقال المرء إلى نموذج إدارة السكان، تصبح الحاجة للتخطيط لتقديم الخدمات الصحية أمراً جلياً.

وفي نهاية المطاف، فإن هذه النقلة في النموذج (وتقريباً كل اتجاه آخر يحدث في الرعاية الصحية) تتطلب تطوير عقلية تخطيطية. فالقدرة على تطوير وتنفيذ الخطط أصبحت أمراً ضرورياً على نحو متزايد سواءً كان الأمر يعود إلى التحول إلى الرعاية المدارة أو تجدد الاهتمام بإدارة الطلب والتركيز المتزايد على التسلسل المتواصل للرعاية أو أي عدد من التطورات الأخرى.

التخطيط الصحي المجتمعي الجديد:

على الرغم من أنه قد يُنظر إلى تجدد الاهتمام بالتخطيط الصحي باعتباره إعادة تنشيط للتخطيط الصحي الشامل في ستينيات وسبعينيات القرن العشرين، فإنه من

غير المناسب التفكير في التخطيط الصحي المعاصر بالشكل نفسه. فكما أن نموذج الرعاية الطبية في ستينيات وسبعينيات القرن العشرين لا يمثل تعبيراً مناسباً لبيئة الرعاية الصحية في وقتنا الحالي، فإن النهج التقليدي للتخطيط الصحي له وجود ضئيل في عالم الرعاية الصحية اليوم.

ما هو إذاً الشيء المختلف في هذا النهج التخطيطي الجديد؟ لماذا لا يُحكم علينا بتكرار أخطاء الماضي؟ قد يكون من المفيد في هذا الصدد إعادة دراسة الأسباب الخاصة بفشل التخطيط الصحي الشامل، بما في ذلك كل شيء بدءا من نقص التمويل حتى قلة مهارات التخطيط وعدم وجود دائرة للتخطيط. ورغم أن هذه قد تكون «أسباب الوفاة» القريبة للتخطيط الصحي المجتمعي، ولكن يتمثل السبب الأساسي في الواقع في الافتراضات التي تأسس عليها التخطيط الصحي التقليدي. وتتمثل هذه الافتراضات فيما يلي:

- تهتم الرعاية الصحية بالأساس بعلاج المرض.
- الأشخاص المرضى هم محور أي نظام رعاية صحية.
- تمثل الحالة الصحية للمجتمع مجموع الحالات الصحية الفردية.
- الاستفادة هي مؤشر معقول للحاجة الفعلية للخدمات الصحية.
- يمكن التحكم في الاستفادة خلال وضع قيود على المرافق والخدمات.
- يمكن تناول الرعاية الصحية في معزل عن النظم الأخرى الموجودة في المجتمع.
- يتم قياس الرعاية الصحية من حيث الكم وليس من حيث الكيف.
- نظام توصيل الخدمات الحالي مناسب ويتطلب ببساطة تطبيق بعض القيود.

لم يكن بالإمكان بطبيعة الحال أن يُخَطِّأ أي شخص لقبوله هذه الافتراضات قبل ثلاثين عاماً. ولكنها كانت تمثل الحكمة التقليدية بعد كل شيء. ومع ذلك، يتم استبدال هذه الافتراضات بغيرها في وقتنا الحالي (وكثيرٌ منها متعارض بشكل مباشر) وهي تعكس العقلية الجديدة للرعاية الصحية. وتستدعي هذه العقلية الجديدة نهجاً يشدد على توفير أكبر فائدة لأكبر عدد من الأشخاص. كما تتطلب اتباع نهج شامل يركز على المحافظة على الصحة وتعزيزها. ويركز هذا النهج على رؤية النتائج بمفهوم تحسين الحالة الصحية للمجتمع، بدلاً من التركيز على الأهداف قصيرة النظر مثل تقليل عدد أسرة المستشفيات.

تحويل التركيز:

ينعكس هذا النهج المتغير تجاه التخطيط الصحي المجتمعي على مجموعة متنوعة من «التحولات» التي تحدث داخل قطاع الرعاية الصحية، وهي تحولات تشجع في معظمها البيئة ذات المنحى التخطيطي. وهي تشتمل على تحولات في الإطار المفاهيمي للنظام، وفي نطاق الرعاية الصحية وفي التقديم الفعلي للخدمات. يتم أدناه عرض بعض أهم التحولات.

١- من مكافحة الأمراض إلى إدارة الصحة. إن النهج التقليدي الخاص بالتخطيط الصحي يعكس نظام الرعاية الصحية الحالي بتركيزه على العلاج والشفاء، فقد كرَّس فكرة أنه لم يتم تفعيل نظام الرعاية الصحية حتى يحدث مرض أو تقع إصابة. يركز التخطيط الصحي الجديد على الأصحَّاء وليس على المرضى، وهو يعكس فكرة أنه من الأسهل الحفاظ على صحة شخص ما أكثر من علاجه بعد إصابته بمرض ما.

٢- من تقديم رعاية صحية بشكل منفصل إلى تقديم خدمات صحية متكاملة. لم يتواصل التخطيط الصحي التقليدي مع أنواع أخرى من التخطيط، ولم يكن هناك تنسيق مع مؤسسات أخرى أو أنظمة أخرى في المجتمع، ولم يكن هناك شعور بتأثير القضايا غير الإكلينيكية في الحالة الصحية والسلوك الصحي. ويشتمل النهج الأكثر شمولية للتخطيط الصحي الجديد على صلات مع جميع المؤسسات ويشدد على النهج «المتكامل» تجاه تقديم الرعاية الصحية.

٣- من رد الفعل إلى الموقف الاستباقي. كان النهج المتبع تجاه التخطيط الصحي التقليدي يمثل عادة ردة فعل للتطورات التي حدثت بالفعل في مجال الرعاية الصحية. وكان القصد من الكثير من هذه الجهود هو معالجة الأخطاء وتصحيح العيوب الموجودة في النظام. ويحاول التخطيط الصحي الجديد التعامل بشكل استباقي مع التطورات المستقبلية المتوقعة، وذلك مع عدم تجاهل القضايا الماضية والحاضرة.

٤- من العملية البيروقراطية إلى العملية الديمقراطية. يُعد التخطيط التقليدي في الأساس بيروقراطياً بطبيعته بغض النظر عن النوايا. فقد كانت الرعاية الفيدرالية تضمن في الواقع أنه سيتم التأكيد على النهج الموحد وعلى وضع السياسات من أعلى إلى أسفل. ولم يكن النهج السابق يستطيع استيعاب تفرد المجتمعات المستقلة والتكليف بوضع نهج موحد تجاه التخطيط لم يكن يتناسب

مع جميع المجتمعات. وتؤدي حقيقة أن التخطيط الجديد ينشأ على المستوى القاعدي إلى توليد نهج من أسفل إلى أعلى حيال التخطيط. ويسمح هذا المنظور الأكثر «ديمقراطية» بدراسة الاختلافات في الظروف المحلية.

٥- من التوجه الرسمي إلى التوجه العملي. نظراً للرعاية الفيدرالية، أظهر النهج التقليدي بعداً رسمياً / قانونياً تسبب من أوجه عدة في تقييد الأشخاص المشاركين في أنشطة التخطيط. فتم إصدار مبادئ توجيهية صارمة غالباً ما كانت كلاماً معسولاً ولكن يتم تجاهلها عند التنفيذ. ويؤكد التخطيط الصحي الجديد على النهج العملي الذي يتم تفصيله حسب احتياجات مجتمع أو منظمة بعينها.

٦- من استمرار السيطرة إلى تقديم التوجيه. اتخذ التخطيط التقليدي نهجاً قانونياً في محاولة لتنظيم تشغيل النظام. وأصبحت اللوائح التنظيمية في كثير من الأحيان الأسلوب المفضل للتحكم في النظام. وأنشأ هذا حالة من عدم المرونة التي أدت بالضرورة إلى التركيز على أهداف ضيقة للغاية. ويركز النهج الجديد على وضع إطار عام لتطوير النظام بدلا من محاولة السيطرة على مختلف مكوناته.

٧- من شكل شامل بشكل اسمي إلى آخر شامل على نطاق واسع. تُعد الإشارة إلى التخطيط التقليدي على أنه «شامل» إشارة إلى وجبة خفيفة باعتبارها وجبة تتم على أربع مراحل. فقد وضع التخطيط الصحي من الناحية الظاهرية جميع جوانب نظام تقديم الرعاية الصحية في اعتباره واشتمل، بكل إنصاف، على ما كان يعتبر مجمل النظام في ذلك الوقت. ولم تؤخذ جوانب الرعاية الصحية غير الإكلينيكية بشكل عام بعين الاعتبار، والأهم هو أن البُعد الخاص بالمريض / المستهلك لم يكن يوضع في الاعتبار.

٨- من نهج عام فقط إلى تعاون عام / خاص. كان التخطيط الصحي المجتمعي التقليدي شيئاً قامت به الهيئات الحكومية ولم يكن بالنسبة للكثيرين ذا صلة بالعالم الحقيقي الخاص برعاية المرضى. ورغم أن منظمات الرعاية الصحية بالقطاع الخاص حاولت التأثير أو حتى السيطرة على العملية، لم يستشعر الكثير منها أنها متعلقةٌ بها. فنهج التخطيط الجديد يدور حول كل شخص. ويجري الدعوة للمشاركة الواسعة وسيعتمد نجاح هذه الجهود على المدى الذي يمكن أن تتأثر به الواجهة بين التخطيط على نطاق المجتمع والتخطيط على مستوى المنظمة وبين منظمات القطاعين العام والخاص.

٩- من دائرة ضيقة إلى دائرة واسـعة. رغم الدعوات الإلزامية لإشـراك المجتمع في عمليـة التخطيط، اشـتمل أي تواصل ذو مغزى علـى مجموعة قليلة من المصالح الخاصة. ويُعتَقد أن تشـغيل العملية لن يؤثر بشـكل مباشر إلا في عدد قليل من الأطراف وقد يكون هذا صحيحاً على حسـب التنفيذ. فالتخطيط الجديد يميز مجموعة أوسـع كثيراً من المصالح وحتى التخطيط على مستوى المنظمة يضع في الاعتبار وبشكل متزايد وجهات نظر مختلف المجموعات من خارج المنظمة.

١٠- من نهج يستند إلى الاستفادة إلى نهج يستند إلى الحاجة. يتجسد جوهر الرعاية الصحية في الماضي في فكرة اسـتخدام الخدمة. وأصبحت مستويات الاستفادة وكيـلاً لكل من الطلـب والحاجة. ويبدأ التخطيط الصحـي الجديد من الناحية النظرية على الأقل بنظرة واقعية للانتشـار الحقيقي للمشـكلات الصحية وتتنبأ بقرارات التخطيط على هذا الأسـاس. وفي هذا السـياق، ينبغي أن تمثل أنماط الاسـتفادة استجابة لاحتياجات الرعاية الصحية الحقيقية للسكان أكثر من كونها ظاهرة يبدو أنها توجد بشكل مستقل عن العوامل الأخرى.

١١- من نتائج مُحددة بشـكل ضيق إلى نتائج مُحددة على نطاق واسع. كان يتم بموجب نمـوذج التخطيط التقليدي تحديـد النتائج على نحو ضيق سـواء من حيث الحالة الصحيـة للأفـراد أو من حيث الامتثال للتفويـض البيروقراطي (مثلا لا يزيد عدد أسِرَّة المستشفيات على أربعة لكل ألف نسمة). ويركز النهج الجديد بشكل أكبر على النتائج على نطاق المجتمع مثل تحسين الحالة الصحية وتحسين الوصول للخدمات.

١٢- من التأثير في المرافق/الخدمات إلى التأثير في نتائج السكان. كان معيار قياس النجاح في التخطيط التقليدي هو تأثير العملية في مخزون المنشـآت والخدمات. وكان مدى إضافتها أو عدم إضافتها إلى تكملة الخدمة هو قياس فعالية التخطيط. كان هنـاك فصل واضح بين التنفيـذ الفني لمنهجيات التخطيـط والتأثير الفعلي للإجراءات في الحالة الصحية للمجتمع. فالمسألة في المستقبل ليست حول كيفية القيام به بل بماهية تأثير أي إجراء في الحالة الصحية للسكان.

رغم أن كل تحول من هذه التحولات له آثار مهمة في حد ذاته، ولكنها تمثل مجتمعة إعادة توجيه رئيسـي لسـاحة الرعاية الصحية. ومن الواضـح أن هذا وضع يتطلب عمليات إدارة تغيير ذات كفاءة، وتوفر عملية التخطيط أساسـاً لمعالجة التغيير. كما اعترفـت أطراف مختلفة بالحاجة إلى اتباع نهج تخطيطي يعاد تنشـيطه، كما يزداد ظهور الدعم بشكل بطيء من أطراف متعددة.

لقــد بدأت هيئات فيدرالية مثل إدارة موارد وخدمات الرعاية الصحية داخل وزارة الصحة والخدمات الإنســانية في دعم المبادرات التخطيطية من خلال برامج مختلفة. وإن لم يكن دعم أنشــطة التخطيط يتم بشــكل مباشر، فإن برامج أخرى تقوم بتوفير أموال لتحســين البنية التحتية للرعاية الصحية للسماح بالقيام بتخطيط أكثر فعالية، وذلــك من خلال إدخال تحســينات في مجال تقنية المعلومــات وتوافر البيانات مثلاً. وتقوم مؤسســات قومية مثل مؤسســة روبرت وود جونســون بتمويل مبادرات تنطوي على عنصر التخطيط المجتمعي. وقامت جمعيات احترافية مثل جمعية المستشــفيات الأميركية بتطوير تطبيقات برامج لدعم التخطيط المجتمعي. رغم أن هذه التطورات ما تزال تُعد أحداثاً معزولة بشــكل نســبي، إلا أنها تقدم دليــلاً على زيادة كبيرة في الاهتمام بالتخطيط الصحي.

التخطيط الصحي المنظمي الجديد:

لا يبدو أن التخطيط على مستوى المنظمة يمر بدرجة التغيير نفسها في التخطيط علــى نطاق المجتمع. ومع ذلك، يبدو أن التخطيط على مســتوى المنظمة لا يكتســب زخماً، فقد أصبح التخطيــط وظيفة مهمة على نحو متزايد في جميع أنواع منظمات الرعايــة الصحيــة، رغم أن كلمة «تخطيط» لا يتم اســتخدامها على الدوام. فأصبح من الصعب في الواقع إيجاد أي أخصائي صحي لم يشارك في نوع من أنواع النشاط التخطيطي.

إن العديــد من التطورات في الرعاية الصحية التي شــجعت التخطيط على نطاق المجتمــع تســهم أيضاً في الاهتمــام بالتخطيط داخــل منظمات الرعايــة الصحية. فالضغــوط من أجــل احتواء التكاليف وتحمل المســئولية وإظهار نتائــج فعالة وإدارة البيانات بكفاءة تعتبر مهمة بالنســبة لمنظمــات الرعاية الصحية بالقطاع الخاص كما أنها مهمة بالنســبة للكيانات الصحية العامة. وفي الواقع، فإنها تُعد أكثر أهمية في نواح كثيرة نظراً لبيئة الرعاية الصحية التي تزداد تنافسية.

مــن ناحيــة أخرى، هناك بعــض الاختلافات المهمــة فيما يحدث في المســتويين المختلفين من مستويات التخطيط. فعلى مستوى المنظمة مثلاً فإن الآثار المترتبة على عــدم التخطيط غالبــاً ما تكون فورية وكارثية. ويعكس هــذا حقيقة أن بيئة الرعاية الصحية التي تتطور بســرعة تتطلــب القدرة على اتخاذ قرارات على وجه الســرعة استجابةً لتطورات الســوق. وهناك فارقٌ آخر اتضح بواسطة التخطيط على مستوى

المنظمة وهو التركيز على المستهلك. وتعني حقيقة أن التخطيط على مستوى المنظمة أصبح مدفوعاً بالسوق أن الأنماط السلوكية ومواقف المستهلكين تتخذ معنى جديداً في سياق التخطيط. كما أن التكاليف المترتبة على اتخاذ قرار خاطئ هي بالتأكيد إحدى الاعتبارات الأخرى التي تواجه المخططين على مستوى المنظمة.

وهناك فارق أخير يمكن ملاحظته بين التخطيط على نطاق المجتمع والتخطيط على مستوى المنظمة وهو إشراك الشركات الكبرى الوطنية في «فضاء» الرعاية الصحية الذي تحتله العديد من المنظمات. فمن المرجح أن هذه المنظمات، التي غالباً ما تكون ساعية للربح، لديها خبرة في أنواع مختلفة من التخطيط التي قد لا تمتلكها منظمة محلية. فالقدرة على التخطيط من منظور وطني تفصل التخطيط على مستوى المنظمة عن مبادرات التخطيط الصحي المستندة إلى المجتمع بشكل متزايد.

كما أن هناك اتجاهان رئيسيان متعلقان بدورة حياة الصناعة يؤثران أيضاً في مسار التخطيط على مستوى المنظمة. ينطوي أحدها على نضج، وفي بعض الحالات تدهور، بعض مكونات نظام الرعاية الصحية. وينطوي الاتجاه الآخر على ظهور مناطق نمو جديدة داخل الصناعة.

إن الكثير من مكونات صناعة الرعاية الصحية تتقدم خلال مراحل دورة حياة الصناعة لدرجة النضج وما بعدها. ولعل المثال الأبرز على هذه الظاهرة يتعلق بالرعاية التقليدية للمرضى الداخليين. وكما هي الحال في قطاع ناضج يدخل مرحلة التدهور، فإن المنظمات التي تقدم خدمات مستشفيات وجدت أن القليل من المرضى الجدد أو المجموعات السكانية تطالب بالخدمة وتم اجتذاب أغلب مجموعات المرضى المرغوب فيها وتصبح العلاقات بين مقدمي الخدمات والمستهلكين راسخة. وهناك القليل من الانطلاقات الكبرى الجديدة في العلاج، وأصبح اللاعبون الرئيسيون متجمعين، وأصبحت هوامش الربح أضيق. ونظراً لوجود عدد قليل من العملاء الجدد، يتم التركيز على الحفاظ على العملاء الحاليين وانتزاع أكبر قدر ممكن منهم.

يواجه مقدمو الرعاية بالمستشفيات وخدمات معينة أخرى بيئة تستدعي نهجاً تخطيطياً معيناً. فاحتياجات المنظمات التي تكون ناضجة أو في حالة تدهور تختلف كثيراً عن تلك التي تشهد نمواً. ولذلك، ينبغي تفصيل النهج التخطيطي حسب وضع المنظمة في إطار دورة الحياة والسوق الخاص بها. فالتخطيط لنهج يركز على «الصيانة» يختلف كثيراً عن التخطيط لنهج يركز على التوسع.

وهناك ظاهرة موازية تعكس نشوء أسواق نمو جديدة داخل مجال الرعاية الصحية. وقد يتم تشبيه الرعاية الصحية بمرتبة هوائية من حيث إن انخفاض الخدمات في أحد المجالات يقابله لا محالة زيادة في الخدمات في مجال آخر. فعندما يتدهور مجالٌ ما، يميل آخر إلى الازدياد. ومع تدهور أهمية شرائح معينة في الصناعة، برزت شرائح أخرى. فالخدمات والمنتجات الجديدة، فضلاً عن إعادة تقديم الخدمات والمنتجات القائمة، هي تطورات متكررة في هذه الصناعة. وبالإضافة إلى ذلك، فإن الهياكل التنظيمية الجديدة والعلاقات المبتكرة تتطور باستمرار.

ولا يتسع المجال لذكر التطورات في هذا النوع من الرعاية الصحية في وقتنا الحالي. فبعضها محدد، ويشتمل على أساليب علاجية مثل الجراحة بالليزر وغيرها من أشكال الجراحة المجهرية، إلى جانب عروض أدوية جديدة مثل الفياجرا ومختلف النظم الغذائية التي يتم الترويج لها. وربما ينطوي البعض الآخر على نظم رعاية ناشئة مثل مختلف أساليب العلاج البديل التي يتم تقديمها. وقد ينطوي البعض من هذه الأساليب حتى على إعادة تقديم الخدمات القائمة في شكل أكثر معاصرة. ويشتمل ذلك على إعادة تقديم خدمة الرعاية للحالات تحت الحادة وخدمات إعادة التأهيل والرعاية الصحية المنزلية باعتبارها «رعاية الحالات بعد الحادة». ويعني هذا في كثير من الحالات تحويل خدمة ناضجة أو متدهورة إلى خط أعمال جديد.

تواجه المنظمات التي تحاول التخطيط لهذه الأنواع من التطورات وبكل وضوح وضعاً مختلفاً عن المنظمات التي تخطط لخط خدمة ناضج أو متدهور. ورغم أن القضايا قد تكون مختلفة، تظل الحقيقة هي أن الوضع يتطلب توجهاً تخطيطياً. فالتخطيط هو في الواقع ذو أهمية خاصة بالنسبة لبرنامج أو خدمة تشهد توسعاً سريعاً.

وبرغم أن التغييرات في التخطيط على مستوى المنظمة لم تكن جذرية كما تبدو عليه في ساحة التخطيط المجتمعي، فإن هناك مجالاً يبدو فيه هذا التحول أكثر إثارة. وينطوي هذا على التغيير الذي طال انتظاره في عقلية المهنيين الصحيين. وكان المهنيون الصحيون هم الأكثر مقاومة لمفهوم التخطيط من أي مجموعة من المهنيين؛ ولكن تتزايد اليوم القناعة بأن التخطيط ينبغي أن يكون مهمة لا تتجزأ عن مهام أي منظمة رعاية صحية.

ومن الواضح أن التحول في التركيز من أنواع التخطيط الموجهة للداخل إلى أنواع أخرى موجهة أكثر للخارج أحرز تقدماً كبيراً. ويبدو أنه يزداد التركيز على التخطيط

الإستراتيجي والتخطيط التسويقي وتخطيط الأعمال رغم أنه يخصص قدراً أقل من الاهتمام لتخطيط المرافق والتخطيط التشغيلي. ومن المرجح أن يستمر هذا الاتجاه مع تحول منظمات الرعاية الصحية إلى منظمات أقل وجوداً على الأرض وأكثر اعتماداً على العلاقات مع المنظمات الأخرى.

توفر الموارد:

أسهم تحسن توفر موارد التخطيط في زيادة فعالية جهود التخطيط التي يبذلها المخططون الصحيون على مستوى كل من المجتمع والمنظمة. وكان من المدهش في السابق أن التخطيط بأي درجة من الفعالية كان ممكناً حتى خلال «العصر الذهبي» للتخطيط الصحي الشامل. ولم يحظ سوى عدد قليل من الأشخاص داخل الرعاية الصحية أو خارجها بالكثير من الخبرة التخطيطية. فلم يتوفر سوى بيانات محدودة للغاية للعمل بها، وكان لا يكاد توجد تقنية معمول بها. أما اليوم، يُسهم عدد من التطورات في خلق بيئة تخطيطية أكثر إيجابية. وسيتم أدناه شرح بعض أهم التطورات في دعم التخطيط.

خبرة التخطيط:

عند بدء قانون التخطيط الصحي الشامل في ستينيات القرن العشرين، لم يتم تطوير التخطيط باعتباره فناً وعلماً على نحو جيد. وكان هناك عدد قليل من الأفراد الذين يتمتعون بمهارة تطوير عملية التخطيط وعدد قليل من النماذج التي ينبغي محاكاتها. وأصبح التخطيط راسخاً فقط في الصناعات الأخرى، وحتى هنا لم تُترجم هذه التجارب بشكل جيد في ساحة الرعاية الصحية.

واليوم، أصبحت منهجيات التخطيط على درجة عالية من التطور وتحديداً على مستوى المنظمة. وفي الواقع، تقدمت صناعات أخرى إلى مستوى جديد من التطور، في حين أن منظمات الرعاية الصحية ما تزال تكافح مع الأساسيات. ومع ذلك، فإن العديد من الأدوات أصبحت متاحة الآن، وهناك خبرة كبيرة يمكن الاستفادة منها. ورغم أن الكثير من هذه الخبرة لم يتم تطويرها في سياق تخطيط رسمي، إلا أن المهارات في البحث والتحليل وتخطيط المشروع والتسويق وما إلى ذلك توفر قاعدة لتطوير قدرات تخطيطية عليها.

موارد البيانات:

ظهــر التخطيط الصحي التقليدي في بيئــة تفتقر إلى البيانات. ولا يعني هذا أن منظمات الرعاية الصحية لم تقم بإنشــاء البيانــات. ومع ذلك، فإن البيانات التي تم إنشــاؤها تميل إلى أن تكون خاصة في معظمها ولا يمكن للمخططين أو عامة الناس الوصول إليها. وكان هناك القليل في طريق قواعد البيانات الوطنية، وكانت الحكومة الفيدرالية وحكومات الولايات تقف على بعد عقود من إتاحة بياناتها بسهولة.

إننــا اليــوم لا نصل فقط إلى العديــد من قواعد البيانات أكثر ممــا كنا عليه في الماضــي، ولكــن لدينا كذلك بيانات تفصيلية عن الاســتفادة والتكاليــف التي لم تكن متوفرة في الســابق. ورغم أنــه ما تزال هناك فجوات فيما يتعلــق بأنواع معينة من البيانــات، إلا أن توافر معظم أنواع البيانات تزداد بشــكل كبير. وبدأت المنظمات في القطاعــين العام والخاص في إيجاد مجموعات مــن البيانات الجديدة. وعلاوةً على ذلــك، تبذل مختلف الجهات، وخاصة الحكومة الفيدرالية، جهوداً لإتاحة الوصول إلى البيانات وجعلها متاحة لمجتمع الرعاية الصحية بشكل أفضل.

موارد التقنية:

ظهر التخطيط الصحي التقليدي في بيئة تكاد تخلو من الدعم التقني، فقد سبقت هذه المبادرات المبكرة الاســتخدام الواسع لأجهزة الكمبيوتر بفترة تقترب من عشرين عامــاً. فبدون أجهزة الكمبيوتر، ما كان ليكون هناك نظم إدارة قواعد بيانات أو نظم معلومــات جغرافية. وفي الواقع كانت الخرائــط ما تزال تُلوَّن عادة يدوياً حتى حلول ثمانينيات القرن الماضي.

إذا تم وضع القدرات التقنية الأساسية المتاحة اليوم في الاعتبار، فهذا وحده كفيلٌ بنقل التخطيط إلى حقبة جديدة. فقد أدت إمكانية الوصول الكبيرة لتقنية الكمبيوتر التي تجلب قوة وحدة المعالجة المركزية الكبيرة إلى أجهزة الكمبيوتر المكتبي إلى توسيع قــدرات حتى المخطط المبتدئ. كما جعلت برمجيات نظــم المعلومات الجغرافية غير المكلفة وســهلة الاستخدام من إنشاء الخرائط المتطورة أمراً سهلاً بشكل نسبي. ويتم الآن إكمال هذه القدرات التقنية الأساسية بقدرات تخزين البيانات وغيرها من قدرات تكامل البيانات والقدرات التحليلية على الشــبكة وقــدرات نظم المعلومات الجغرافية المتقدمة ومجموعة واســعة من موارد تطوير البرامج التي نقلت هذه العملية مســافة سنوات ضوئية إلى ما بعد تسعينيات القرن العشرين.

الذكاء المالي:

كان النهج المتبع تجاه العنصر المالي في مجال الرعاية الصحية في التخطيط الصحي التقليدي سطحياً في أحسن أحواله. فلم نبدأ سوى الآن في فهم تكاليف توفير الرعاية وتطوير قدرات كافية للتحليل المالي. واضطرت منظمات الرعاية الصحية مدفوعة في المقام الأول ببيئة السداد المتغيرة إلى وضع فهم أكثر عمقاً للتكاليف من أي وقت مضى. وتم تجاهل فكرة أنه كان من المستحيل تحديد تكاليف الرعاية الصحية، وتم وضع نهج متطور لحسابات التكاليف.

الالتقاء بين التخطيط المجتمعي والتخطيط التنظيمي:

يتمثل أحد الاتجاهات التي من المرجح أن تؤثر في مستقبل التخطيط الصحي في الالتقاء بين التخطيط على مستوى المجتمع والتخطيط على مستوى المنظمة، ولوحظ بالفعل أنه من المتوقع أن تقوم مؤسسات الصحة العامة بتطبيق توجه أكثر ارتباطاً بالقطاع الخاص فيما يخص مهامها، وتقوم منظمات القطاع الخاص باعتماد أساليب للصحة العامة لتلبية احتياجات السكان المسجلين. ورغم أن هذه الأنشطة لا تشكل التقاءً فعلياً بين هذين النهجين المختلفين، ولكنها تشير إلى وجود قواسم مشتركة أكثر بكثير مما كان عليه الوضع في الماضي.

تشتمل بعض المجالات المشتركة التي تنشأ على الاهتمام بتقييم المجتمع والوضع الصحي لمجموع السكان (بدلاً من المرضى فقط)، وهو نهج أكثر استباقية بهدف التعامل مع احتياجات المعوزين طبياً، والتركيز المتزايد على تعزيز الصحة والتعليم الصحي. ويزداد بين المنظمات العامة والخاصة تعريف «المجتمع» على أنه «العميل». ويبدو أنه بالدرجة التي يحدث فيها التخطيط وعلى المستويين يبدو أن التخطيط يتبنى نهج «الخارج إلى الداخل».

ويدل أيضاً على هذا الالتقاء إنشاء مبادرات عامة / خاصة لمعالجة مجموعة متنوعة من القضايا الصحية، بما في ذلك قضايا كثيرة مثل السكن وتعاطي المخدرات والعنف التي كانت تُعد في الماضي خارج مجال الرعاية الصحية. وامتد هذا إلى مشاركة البيانات ذات الصلة بالصحة، ويجري الآن القيام بمحاولات عديدة لإقامة شبكات معلومات صحية مجتمعية.

المُخَطِط الصحي الجديد:

تستدعي هذه التطورات في التخطيط نوعاً جديداً من المخططين الصحيين ومجموعة جديدة من المهارات. ولا يعني هذا مجرد إضافة أساليب كمية معاصرة إلى الأساليب التقليدية، ولكنه ينطوي حقاً على تكييف عقلية مختلفة عن عقلية التخطيط التقليدي الذي يعود إلى ستينيات وسبعينيات القرن العشرين. فقد كان مفهوم التخطيط في ذلك الوقت ينطوي على نهج فني ضيق أكد الجوانب الميكانيكية والكمية للتخطيط. كما أنه كان نهجاً قام بعزل التخطيط عن التنفيذ.

ولا يعني هذا أن المهارات التي كانت مهمة في الأيام الأولى من التخطيط الصحي باتت غير مهمة، بل هي مهمة. فينبغي إكمال هذه المهارات بواسطة أنواع مختلفة من المهارات التي تكون مناسبة أكثر لنموذج التخطيط الجديد. فنهج التخطيط التقليدي، بل جميع أنشطة التخطيط، تتطلب مهارات تحليلية والاهتمام بالتفاصيل والدقة واللالتزام بالمواعيد والمتابعة. وسيكون من المهم دائماً وجود ألفة كاملة مع الخطوات المتبعة في عملية التخطيط.

يستدعي النموذج التخطيطي الجديد ترتيباً أعلى للمهارات لإكمال هذه المهارات الفنية الأساسية. وتعكس هذه المطالب الجديدة التغيرات التي حدثت في طبيعة التخطيط. فعملية التخطيط تصبح موجهة للنظام أكثر وأكثر وتنطوي على مجموعة من المستفيدين تكون أوسع كثيراً من النهج التقليدي. وينبغي أن يتمكن مخططو الخدمات الصحية في كل من القطاعين العام والخاص من التفكير بشكل نظري أكثر وأكثر، وأن يمتلكوا مهارات نوعية وكمية، وأن يكونوا قادرين على العمل بنجاح في أماكن متعددة. وينبغي أن يكون المخطط الجديد مخضرم سياسياً، وأن يكون قادراً على إظهار قدرات قيادية وأن يجري مفاوضات وأن يسهل من عملية التخطيط.

وخلافاً لبيئة التخطيط الخاصة بالماضي، ينبغي أن يكون المُخطط الجديد قادراً على التعايش مع الغموض مع إبداء المرونة والإبداع. فالقيام بعمليات حسابية لتحديد ما إذا كان هناك زيادة في العرض في أسرة المستشفيات شيء، في حين يُعد وضع خطة لإعادة الاستخدام الإبداعي لمبنى مهجور بالمستشفى شيء آخر تماماً. وهذا يستدعي خبرات واسعة من جانب المخطط ووضع أساس في العالم الواقعي. وبعد كل شيء، فإن الخدمات الصحية تُعد وبشكل متزايد تخطيط أعمال.

كمـا أن المهارات مطلوبة فـي مجالات فنية مثل إدارة المعلومـات والتحليل المالي. وفيما يتعلق بالأولى، فإن وضع أسس في التقنية ليس أمراً في غاية الأهمية فالتقنية تتغير بسـرعة - ولكنه تقديـر لقضايا إدارة المعلومات باعتبارهـا أمراً بالغ الأهمية. فكل خطة في المستقبل سيكون لها عنصر مالي، ولذلك ستزداد أهمية المعرفة العملية للتحليل المالي والتسديد للطرف الثالث ومفاوضات الرعاية المدارة.

كما سـتصبح مهارات الاتصال أكثـر أهمية من ذي قبل. وسـتكون هناك حاجة للمخطِّط باعتباره منسـقاً لتتحول القضية إلى صيغ خطية وشـفوية. ونظراً لأن دور المخطَّط يتوسع ويصبح التركيز أكثر نوعية، فإن أهمية مهارات الاتصال تتزايد.

إن الدور المقيد بشـدة للتخطيط بموجب نموذج التخطيط التقليدي يفسح المجال لدور أوسـع كثيراً يكون في الأسـاس بلا حدود. ويمكن القول، في الواقع، أنه نظراً لكونه مخططاً، فإنه ليس هناك أي جانب مغلق من جوانب النظام أو المنظمة. ويجري اسـتبدال وظيفة الدعم الفني للمخطط بوظيفة المنسـق. ويجري توسـيع هذا عند الطلب الزائد على صنع القرار من جانب فريق التخطيط. وسـيتم توسيع المسئوليات مع حث المخططين بشكل متزايد على المشاركة في عملية التنفيذ.

مصادر إضافية:

- Garrett, Martha (ed.) (1999). Health Futures: A Handbook for Health Professionals. Geneva: World Health Organization.
- Landrum, L. B. (n.d.). Health planning is alive and well. Retrieved February 1, 2003, fromhttp://www.ahpanet.org/policy.html.
- Wing, K. (2000). Healthcare reform in the year 2000: the view from the front of the classroom. American Journal of Law and Medicine, 26 (2–3), 277 (18p).

المعجم

- **إمكانية الوصول Access**: قدرة الأفراد أو المجموعات على الحصول على الخدمات الصحيــة. قد تتأثر إمكانية الوصول بمدى إتاحة الخدمــات وبالقدرة على التنقل والتأمين وعوامل أخرى.
- **تحليــل إمكانيــة الوصــول Accessibility analysis**: أســلوب تحليلي يحدد مدى قدرة المســجلين في خطة ما أو أعضاء فئة سكانية عامة على الوصول جغرافياً إلى المزودين أو إلى أية خدمات صحية أخرى. وتُقاس إمكانية الوصول في هذا التحليل وفق البعد الجغرافي أو الزمن المستغرق في القيادة.
- **الأنشــطة المعيشــية اليومية Activities of daily living (ADL)**: المهام التي يجب علــى الأفراد القيــام بها من أجل الاعتناء بأنفســهم (كارتداء الملابس واســتخدام المرحاض). ويُقاس مســتوى العجــز الذي يتصف به فردٌ ما عادةً بعدد الأنشــطة المعيشية اليومية التي يمكن أو لا يمكن لذلك الفرد القيام بها.
- **الحالة الحرجة Acute condition**: حالة صحية تتصف ببداية متسارعة وعادةً ما تستمر لفترة وجيزة، ثم لا تلبث أن تشهد نهاية جازمة (إما بالشفاء أو الوفاة)، وعادةً ما تحدث الحالات الحرجة في الدول النامية والشرائح السكانية من الشباب.
- **الســجلات الإدارية Administrative records**: بيانات يتم تجميعها بشكل روتيني خلال ســير عمليات خاصــة بمنظمات الرعاية الصحية أو المؤسســات الحكومية. وهناك بعض السجلات القومية (مثل برنامج الرعاية الطبية «ميديكير») التي تستند إلى سجلات إدارية.
- **الدخول Admission**: وضع فرد ما بصورة رســمية في مستشــفى أو أية منشــأة أخــرى خاصة بالمرضى الداخليين. ويقتصر هذا الأمر عادةً على سلاســل الرعاية التي تشتمل على إقامة ليلية. كما أن عدد مرات دخول المرضى يُستخدم عادةً على أنه مقياس للاستفادة من المستشفى.
- **الاختيار العكسي Adverse selection**: موقف تشهد فيه خطة صحية تسجيل عدد غير متناســب من الأفراد الذين يواجهون مخاطرة أعلى من المتوسط للاستفادة من الخدمات وبالتالي تقديم المطالبات ضد الخطة.
- **الإعلان Advertising**: الأنشــطة الترويجية، وعادةً ما تكون في شــكل الترويج من خلال وسائل الإعلام، ويتم إجراؤها للتأثير في الطلب على منتج أو خدمة ما.
- **المعــدلات المحــددة بالفئــة العمريــة Age-specific rates**: مســتوى الحدوث (لكل ١,٠٠٠ أو ١٠,٠٠٠ أو ١٠٠,٠٠٠من السكان) لظاهرة ماً لمجموعة عمرية محددة.

- مؤسسة أبحاث الرعاية الصحية والجودة Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ): معهد أبحاث ممول فيدرالياً ويدعم دراسات حول استخدام الخدمات الصحية وفعالية طرق العلاج المختلفة.
- العلاج البديل Alternative therapy: مصطلح جامع يشير إلى مجموعة متنوعة من الطرق العلاجية (مثل: المعالجة المثلية والوخز بالإبر والعلاج الغذائي) والتي يستخدمها المرضى على أنها بدائل للطب السائد المتمثل في علاج الداء بضده. ويُشار بشكل متزايد إلى هذا النوع بالعلاجات التكميلية.
- رعاية المرضى الخارجيين Ambulatory care: أحد أنواع العلاج الذي يتم تقديمه إلى المريض الذي لا يحتاج إلى البقاء في المستشفى ليلاً. كما يشار إلى هذا النوع برعاية العيادات الخارجية.
- تصنيف الدفع عن المرضى الخارجيين Ambulatory Payment Classification (APC): نظام تصنيف طوره مركز خدمات الرعاية الصحية والمساعدة الطبية ليشير إلى سداد المبالغ المستحقة عن الخدمات المقدمة لمرضى العيادات الخارجية. وهذا النوع يعد نسخة الرعاية لمرضى العيادات الخارجية لنظام المجموعة ذات الصلة بالتشخيص Diagnosis Related Group.
- الموقف Attitude: ما يتعلق بالفرد من تقييمات معرفية أو مشاعر أو نزعات عمل نحو شخص أو شيء أو فكرة ما.
- المراجعة الخارجية Audit, external: إجراء تقييم للبيئة الخارجية لنظام صحي أو منظمة صحية ما. ويشتمل على نطاق من أنشطة جمع البيانات حول منطقة السوق وسكانها.
- المراجعة الداخلية Audit, internal: تقييم البيئة الداخلية لمنظمة ما، بما في ذلك تحليل شامل للعمليات والتوظيف والنظم والسياسات والإجراءات وخصائص العملاء وغيرها من العوامل التي تسهم في وصف المنظمة.
- متوسط مدة الإقامة Average length of stay (ALOS): عدد الأيام التي يقضيها المرضى في المتوسط في مستشفى أو في أي مؤسسة أخرى. ويتم احتسابه على أساس عدد الأيام التي يقضيها المريض خلال فترة (عادةً ما تكون سنة) مقسوماً على مرات دخول المرضى خلال تلك الفترة.
- مواليد جيل الطفرة Baby Boomers: شريحة سكانية بالولايات المتحدة (وتشمل الذين ولدوا بين عامي ١٩٤٦ و ١٩٦٤) والتي تشكل أكبر مجموعة في التوزيع

العمري وتظهر الخصائص التي تميزها عن الشرائح السكانية الأخرى الأكبر أو الأصغر سناً.

- **يوم السرير Bed day**: وفيه يقوم مريض واحد بشغل سرير واحد ليوم واحد. ويُستخدم مقياساً للاستفادة من الخدمة.

- **تحليل نقطة التعادل Break-even analysis**: تحديد حسابي لحجم الإيرادات اللازمة لتغطية التكاليف الإجمالية لسلعة أو لخدمة ما بسعر معين.

- **تحالف الأعمال Business coalition**: كيان تعاوني تشكله الشركات في مجتمع ما من أجل التفاوض سوياً مع مقدمي الرعاية الصحية بهدف احتواء تكاليف الرعاية الصحية.

- **ضريبة الرؤوس Capitation**: ترتيبات يتم بموجبها دفع رسوم محددة سلفاً عن كل فرد لمقدمي الخدمات مقابل توفير نطاق محدد من الخدمات لشريحة سكانية محددة.

- **تحليل الحالات Case analysis**: أسلوب يستخدمه علماء الأوبئة لتحديد حدوث ظروف صحية معينة ضمن فئة سكانية وتتبع تطور هذه الظروف بمرور الوقت.

- **خليط الحالات Case-mix**: مزيج من التشخيصات التي تشكل توزيع الحالات التي تلقت علاجاً من قبل مزود معين (على سبيل المثال، نسبة الحالات المتعلقة بالتوليد، أو أمراض القلب، إلخ). وبدلاً من ذلك، الخصائص الشاملة (مثل العمر والجنس) لمجموعة من المسجلين ويكون هناك مدير حالة مسئول عنهم.

- **منطقة المستجمعات Catchment area**: المنطقة الجغرافية التي تجتذب منها منظمة الرعاية الصحية مرضاها أو مسجليها. ويتم أحياناً تعيينها بشكل رسمي من أجل توجيه المرضى إلى مزودين متنوعين.

- **البحث السببي Causal research**: البحث الذي يحاول تحديد علاقات السبب والنتيجة عن طريق تحديد العلاقات الوظيفية بين اثنين أو أكثر من المتغيرات في دراسة بحثية.

- **سبب الوفاة Cause of death**: السبب في وفاة الفرد الذي يثبت في شهادة الوفاة ويستخدم في تحليلات الوفاة.

- **الإحصاء Census**: أسلوب جمع بيانات يشمل الحصول على البيانات من جميع السكان.

- **مكتب الإحصاء بالولايات المتحدة Census Bureau, U.S.**: مؤسسة فيدرالية في وزارة التجارة الأمريكية تكون مسئولة عن إجراء التعداد كل عشر سنوات إلى جانب مجموعة متنوعة من التعدادات الأخرى وأنشطة المسح.
- **الكتلة الإحصائية Census block**: أصغر منطقة جغرافية يقوم من أجلها مكتب الإحصاء بتجميع وإعداد البيانات أثناء التعداد كل عشر سنوات. وتكون الكتلة الإحصائية على شكل مربع أو مضلع والذي يتكون من الشوارع والتي تضم الأربعة جوانب (عادةً) الخاصة بالكتلة.
- **الوحدة المساحية الإحصائية Census tract**: منطقة جغرافية أنشأها مكتب الإحصاء لجمع بيانات التعداد وإعدادها.
- **مركز خدمات الرعاية الصحية لكبار السن والفقراء Center for Medicare and Medicaid Services (CMS)**: مؤسسة فيدرالية تابعة لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية وهي تدير برنامجي الرعاية الطبية لكبار السن والعجزة والفقراء.
- **مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها Centers for Disease Control and Prevention (CDC)**: مؤسسة فيدرالية مسئولة عن رصد الأمراض المعدية المختلفة وتتبع مسار أي حالة وبائية. ويعد مركز مكافحة الأمراض مصدراً مهماً للبيانات الوبائية.
- **شهادة الحاجة Certificate-of-Need (CON)**: يتعين في كثير من الولايات تقديم شهادة الحاجة من أجل الحصول على الموافقة على إنشاء منشأة صحية جديدة أو على إضافة أو تغيير الخدمات المقدمة. كما أن الولايات التي تحافظ على برامج شهادة الحاجة تتنوع على نطاق واسع من حيث أنواع الخدمات المقدمة ولوائح شهادات الحاجة.
- **قطف الكرز Cherry picking**: الممارسة التي يقوم فيها أحد مقدمي الرعاية الصحية أو أحد الخطط الصحية باستهداف المرضى أو المسجلين المرغوب فيهم فقط.
- **الحالة المزمنة Chronic condition**: حالة صحية تتصف ببداية بطيئة، وتطور مطول، ونهاية تكون عادةً غير محددة، وعادةً ما يحدث ذلك في المجتمعات الصناعية الحديثة والسكان المسنين.

- **الجماعة Cohort**: شــريحة من الســكان يتم تمييزها بسمة خاصة ومن أمثلة ذلك جميع الأشــخاص الذين ولدوا في الولايات المتحدة بين عامي (١٩٤٦) و(١٩٥١) أو جميع الجنود الأمريكيين الذين تعرضوا للعامل البرتقالي في فيتنام.
- **تحليـل الجماعـة Cohort analysis**: أســلوب تحليلي يرصد حركة الجماعات من الأفــراد علــى مر الزمن والآثار المترتبة على هذه الحركة بالنســبة للاســتفادة من الخدمات الصحية.
- **تأثيـر الجماعـة Cohort effect**: التأثيــر الملاحــظ الذي يكــون لبعض الخبرات والظــروف في مجموعة من الأفراد، في حين تتم مراقبة الجماعة مع مرور الوقت، مثل تحليل تكيف جماعة جيل الطفرة مع الشيخوخة.
- **تجميع البيانات Collection , data**: إحدى الإجراءات (الأولية والثانوية) للحصول على البيانات اللازمة لتنفيذ الخطة البحثية.
- **التأمــين التجـاري Commercial insurer**: إحدى خطط التأمين الســاعية للربح التي تقوم عادةً بالسداد للمزودين على أساس الرسوم مقابل الخدمة.
- **شبكة معلومات الصحة المجتمعية Community health information network (CHIN)**: نظام أنشأه ائتلاف مقدمي الرعاية الصحية و/أو المشترين بهدف جمع وتجهيز ومشاركة ونشــر البيانات الخاصة بالمرضى والتي تم جمعها من المجتمع أو المسجلين بالخطة.
- **المسـح المجتمعي Community survey**: أحد أنواع عينة المســح التي تجرى على المجتمع ككل، وعادةً ما تستخدم الأسر داخل المجتمع كإطار أخذ العينات.
- **الرعايــة المجتمعيــة Community-based care**: مجموعة من الخدمات الصحية المقدمة للأفراد أو الأسر خارج الأطر المؤسسية الرسمية.
- **التحليل التنافســي Competitive analysis**: بحث يُجرى على الخصائص المميزة لمنافسي منظمة رعاية صحية داخل منطقة السوق.
- **قانــون التخطيــط الصحــي الشــامل Comprehensive Health Planning Act**: التشريع الأصلي الذي أنشأ أول هيكل تخطيط صحي رسمي في عام (١٩٦٦). وتم اســتبدال هذا القانون بعد ذلك بقوانين تخطيط صحي. كما تم إلغاء كل أشــكال الدعم الفيدرالي للتخطيط الصحي في أوائل الثمانينيات في القرن العشرين.
- **المقابلــة الشــخصية بمســاعدة الحاســوب Computer-Assisted Personal**

Interview (CAPI): مقابلـة يقـوم فيها الشـخص الذي يعقـد المقابلة بإدخال الاسـتجابات مباشـرةً في جهاز كمبيوتر محمول أو كمبيوتر كفي وبالتالي لا تكون هناك حاجة لنقل البيانات في وقت لاحق.

- المقابلـة عبـر الهاتـف بمسـاعدة الحاسـوب Computer-Assisted Telephone Interview (CATI): مقابلة تسـتخدم تطبيقاً برمجياً على الحاسـوب لإنشـاء الأسئلة وإدخال البيانات، في حين يقوم من يجري المقابلة بالتحدث إلى المشارك عن طريق الهاتف.

- المسـتهلك Consumer: أي فرد في المجتمع يكون مسـتخدماً محتملاً لمنتجات أو خدمات المنظمة.

- هيئـة المسـتهلكين Consumer panel: عينة من المسـتجيبين الذين يوافقون على تقديم معلومات إلى القائمين على البحوث على مدى فترة زمنية ممتدة.

- التحليل السياقي Contextual analysis: أسلوب بحثي ينطوي على دراسة السياق الذي تتواجد به الظاهرة قيد الدراسة بصفته عاملاً في التفسير.

- تحويـل التكلفـة Cost shifting: عملية يقـوم من خلالها مقدمو الرعاية الصحية بزيادة الرسـوم لفئات معينة من العملاء من أجل تعويض جزء من الرسـوم التي لا يستطيع عملاء آخرون دفعها.

- تحليـل التكاليـف والإعانات Cost-benefit analysis: أحد أشـكال التحليل الذي يحدد الفوائد (سـواء الملموسة وغير الملموسة) التي سيتم استخلاصها من المشروع ويقارن بين الفوائد والتكاليف المترتبة على تنفيذ المشروع.

- الأشـخاص المغطون Covered lives: مجموع الأفراد الذين تشـملهم تغطية خطة التأمين (وهو على العكس من عدد الأفراد الذين يشـاركون في الخطة) بمعنى أنهم المشاركون في الخطة بالإضافة إلى المعالين المغطين.

- معدل المواليد الخام Crude birth rate (CBR): قياس بسـيط لمستوى الخصوبة للسكان بناءً على عدد المواليد لكل (١٠٠٠) شخص، وقد يكون معدل المواليد مضللاً، إذ إن المقام يشمل مجموع السكان وليس فقط السكان المعرضين للخطر.

- معدل الوفيات الخام Crude death rate (CDR): قياس بسـيط لمستوى الوفيات من السكان استناداً إلى عدد الوفيات لكل (١٠٠٠) شخص، وقد يكون معدل الوفيات الخام مضللاً؛ لأن هناك اختلافات كبيرة في معدل الوفيات حسب العمر.

- المصطلحات الإجرائية الحالية Current Procedural Terminology (CPT): نظام ترميز يستخدمه الأطباء في ترميز الإجراءات التي يتم إجراؤها. ويرتبط هذا الرمز بالرسوم المفروضة.
- الرعاية التحفظية Custodial care: تشير إلى الرعاية غير الطبية المقدمة للأفراد، وعادةً ما يتم ذلك في مرافق الرعاية طويلة المدى، وهؤلاء الأفراد لا يستطيعون الاعتناء بأنفسهم. ليست هناك نية للعلاج، وبالتالي يتم استخدام مصطلح «التحفظية». كما يشار إليها باسم «الرعاية الشخصية».
- العميل Customer: مريض أو غيره من الذين يستخدمون حالياً واحدةً أو أكثر من منتجات أو خدمات المنظمة.
- نظام دعم القرار Decision support system (DSS): تطبيق حاسوبي يتضمن قواعد البيانات ذات الصلة ونظاماً لمعالجة البيانات مع واجهة مستخدم تسمح للمستخدمين بإنشاء المعلومات اللازمة لدعم صنع القرار.
- الخروج من المؤسسات Deinstitutionalization: العملية التي يتم من خلالها التصريح بخروج المرضى المقيمين بالمؤسسات (وعادةً ما يكونون المرضى النفسيين) من منشآت المرضى الداخليين مع افتراض أنه سيتم تقديم خدمات الدعم والعلاج داخل المجتمع.
- الطلب (على الخدمات الصحية) Demand (for health services): الاحتياجات والطلبات المجمعة الخاصة بالرعاية الصحية من جانب السكان والتي تشكل حجم ونوع الخدمات الصحية «المطلوبة» من قبل السكان (والتي قد تقوم أو لا تقوم بتقريب الاستفادة).
- إدارة الطلب Demand management: نهج يُستخدم في المقام الأول في خطط الرعاية المدارة من أجل الحد وبشكل استباقي من استخدام الخدمات الصحية عن طريق الحد من الطلب على الخدمات بدلاً من محاولة السيطرة على الاستفادة بمجرد ظهور الطلب.
- الخصائص الديموغرافية Demographics: الخصائص العددية والاجتماعية الحيوية والاجتماعية الثقافية لفئة سكانية والتي تشكل التركيبة الديموغرافية لها.
- الكثافة السكانية Density, population: مؤشر كثافة أو تناثر السكان في منطقة جغرافية ما، وتُقاس عادةً من حيث عدد الأشخاص لكل ميل مربع أو للدونم الواحد في المناطق الحضرية.

- نسبة الإعالة Dependency ratio: فهرس يقارن بين عدد الأفراد «المعالين» ضمن فئة سكانية مع عدد الأفراد المستقلين الذين من المتوقع أن يقدموا لهم الدعم. وعادةً ما تشمل الفئات السكانية المعالة صغار السن والعجائز.

- البحوث الوصفية Descriptive research: البحوث التي تصف السكان أو السوق أو الوضع قيد الدراسة إلا إنها لا تحاول شرح الأنماط التي يتم تحديدها.

- نظام التسويق من خلال أجهزة الكمبيوتر المكتبي Desktop marketing system: النظام القائم على الحواسيب الصغيرة والذي يعرض قواعد بيانات مفيدة للتسويق والتخطيط ويوفر تطبيقات يمكن للمستخدم من خلالها أن يتعامل مع البيانات في قواعد البيانات هذه وإنشاء التقارير والرسومات والخرائط والمخرجات الأخرى.

- المجموعات ذات الصلة بالتشخيص Diagnosis Related Groups (DRGs): نظام تصنيف التشخيصات و/أو الإجراءات الخاصة بالمرضى الداخليين في المستشفى إلى مجموعات على أساس الاستفادة النسبية من الموارد ويُستخدم باعتباره أساساً للسداد المحتمل عن طريق برنامج الرعاية الطبية.

- الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM): نظام الترميز المكون وفق التصنيف الدولي للأمراض والمستخدم في تصنيف الاضطرابات النفسية.

- إستراتيجية التمييز Differentiation strategy: نهج لتطوير الأعمال أو تسويقها يحاول تمييز منظمة أو منتج عن منافسيها بطرق تهم المستهلكين أو إنشاء تصور أن هناك فرقاً حتى إن لم يكن الأمر كذلك.

- العجز Disability: مستوى القصور ضمن فئة سكانية ويُقاس بعدد من حالات الأفراد المعاقين جسدياً و/أو عقلياً أو بمستوى النشاط المقيد (مثل أيام الغياب عن المدرسة أو العمل).

- إذن خروج Discharge: التصريح الرسمي للمريض أن يغادر بعد سلسلة من الرعاية في مستشفى أو أي منشأة أخرى للمرضى الداخليين والتي تشمل قضاء ليلة واحدة على الأقل في المستشفى. ويُستخدم عدد أذون الخروج في كثير من الأحيان على أنه مؤشر لمستوى استخدام المستشفى.

- المرض Disease: مصطلح يُستخدم في عدد من الطرق المختلفة إلا أنه يشير بصورة عامة إلى حالة من المرض ضمن كائن حي.

- إدارة الأمـراض **Disease management**: نهـج متبع لرعايـة المرضى ويؤكد على الإدارة طويلة المدى والمتواصلة والتي تكون غالباً شاملة لمرض المريض بدلاً من اتباع النهج العرضي لعلاج الحالة.
- التنويع **Diversification**: عملية تقوم من خلالها منظمات الرعاية الصحية بتنويع عـروض الخدمات الخاصة بهـا لما هو أبعد من الخدمـات التقليدية التي تقدمها. وتقوم المستشفيات في كثير من الأحيان بالتنويع من خلال تأسيس منشآت للعيادات الخارجيـة لتلبيـة الاحتياجات المختلفة. يمكـن أيضاً لمنظمـات الرعاية الصحية الأخرى أن تقوم بالتنويع في مجالات غير مرتبطة (مثل العقارات ومنشـآت المعيشة بمساعدة) من أجل توسيع قاعدة إيراداتها.
- المعـدات الطبيـة المعمـرة **Durable medical equipment (DME)**: معدات طبية حيوية ومسـاعدة وتسـتخدم في توفير الرعاية للمرضى المقيمين بالمؤسسـات أو بمنازلهم أو المرضى المتنقلين. ومن أمثلة المعدات الطبية المعمرة الكراسـي المتحركة وأسرة المستشفيات.
- المرونـة **Elasticity**: ميـل الطلب على الخدمات الصحيـة للارتفاع أو الانخفاض استجابةً لعوامل غير سريرية (مثل التغطية التأمينية وتفضيلات المستهلك).
- إجـراء اختيـاري **Elective procedure**: إجراء لا تشـمله التغطية التأمينية عادةً وذلـك لأنـه لا يُعد ضروريـاً من الناحية الطبيـة (مثل الجراحـة التجميلية). قد «يختار» المسـتهلك أن يقوم بهذا الإجراء إذا كان على استعداد للدفع من جيبه لهذه الخدمة.
- اللقاء **Encounter**: يشـير إلى زيارة واحدة للمريض إلى مقدم الخدمة وعادةً ما يكون ذلك بغض النظر عن عدد الإجراءات التي تتم.
- التحليـل الوبائـي **Epidemiological analysis**: نهـج متبع في دراسـة الظواهر الصحية التي تنطوي على العلاقة بين الأفراد وبيئتهم الاجتماعية وتوزيع المشكلات الصحية بين مختلف الشرائح السكانية.
- الرعايـة العرضيـة **Episodic care**: النهـج التقليـدي المتبع فـي تقديم الخدمات الصحية وفيه تُعد كل زيارة للطبيب لكل سبب حلقة منفصلة لا علاقة لها بأي حلقة أخرى من الرعاية لتلك الحالة. وهذا هو على النقيض من الرعاية المدارة التي تركز على الإدارة الكلية والمستمرة للحالة أو المريض.

- **التقدير السكاني Estimate, population**: التقدير المحسوب للسكان عن منطقة أو فئة سكانية معينة لفترة زمنية حالية أو ماضية.
- **تحليل التقييم Evaluation analysis**: أسلوب تحليلي يشمل تقييم فعالية العمليات والنتائج المرتبطة ببرنامج أو خدمة ما.
- **البحوث الاستكشافية Exploratory research**: التحليل الأولي (والذي يكون في كثير من الأحيان غير رسمي) والذي يدرس الطبيعة العامة للمشكلة أو الفرصة قيد الدراسة ويقدم إرشادات لتطوير تحليلات وصفية أكثر رسمية.
- **الاستقراء Extrapolation**: أسلوب تخميني يقوم بتحديد نمط بياني أو رياضي أو إحصائي في عدد من فترات الاستخدام السابق، ومن ثم يمتد هذا النمط في المستقبل للتنبؤ بالاستفادة.
- **دورة حياة الأسرة Family life cycle**: مراحل يمر بها المستهلك «النمطي» من الطفولة وحتى الموت، بما في ذلك مراحل الزواج والإنجاب وفترة ما بعد زواج الأولاد ثم التقاعد.
- **أجر مقابل خدمة Fee-for-service**: الوسائل التقليدية لدفع تكاليف الرعاية الصحية في الولايات المتحدة تقوم بموجبها شركات التأمين أو المرضى بدفع رسوم منفصلة لكل خدمة يقدمها طبيب أو مستشفى أو غير ذلك من المزودين. وهذا هو النقيض من الرعاية المدارة الذي يتلقى المزود مبلغاً محدداً لسداد إدارة مجموعة من الخدمات.
- **الخصوبة Fertility**: تجربة الإنجاب ويتم التعبير عنها في معظم الأحيان من حيث معدلات إجمالي الولادات و/أو المواليد.
- **مخطط التدفق Flow diagram**: العرض المرئي لعملية متسلسلة أو منطق متسلسل.
- **مجموعات التركيز Focus groups**: مقابلات يتم إجراؤها عادةً من ثمانية إلى عشرة أشخاص ومنسق مدرب بعد دليل مقابلة من أجل جمع بيانات نوعية.
- **التوقع Forecast**: التنبؤ بواقع مستقبلي وذلك استناداً إلى دراسة الحاضر أو الواقع أو الماضي مع الحكم فيما يتعلق بكيفية تغير الواقع.
- **مكافئ الدوام الكامل Full-time equivalent (FTE)**: كمية العمل التي من شأنها أن تمثل موظفاً يعمل على أساس دوام كامل. وتُستخدم وحدة مكافئ الدوام الكامل

لتوحيد إحصاءات القوى العاملة وفيها تستخدم المنظمات كميات متنوعة من العمل لجزء من الوقت.

- **تحليل الفجوة Gap analysis**: أسلوب تحليلي يستخدم لتقييم الفجوة بين احتياجات السكان والموارد اللازمة لتلبية تلك الاحتياجات أو بين الوضع الحالي لمنظمة ما والمكانة التي تود أن تحتلها.
- **الحارس Gatekeeper**: الشخص أو المنظمة التي تتحكم في وصول المستهلك إلى الخدمات الصحية. وكان الطبيب في السابق بمثابة الحارس للنظام. هناك أيضاً حراس آخرين مثل أفراد ترخيص الخطط الصحة والمخططين لخروج المرضى وهم يلعبون دوراً مهماً في إدارة الاستفادة من بيئة الرعاية الصحية في وقتنا الحالي.
- **نظام المعلومات الجغرافية Geographic information system (GIS)**: تطبيق حاسوبي لأداء التحليل المكاني وإنشاء الخرائط التي تعكس التحليل.
- **الهدف العام Goal**: بيان عام يشير إلى المركز المرغوب فيه لمنظمة ما أو نظام صحي ما في مرحلة ما في المستقبل.
- **تحليل التدفق Gusher analysis**: أسلوب تحليلي يحدد فرص معينة تكون واعدة ومتاحة بالسوق في الحال (على الرغم من أنها قد لا تكون لها فائدة كبيرة على المدى الطويل).
- **الصحة Health**: حالة من العافية والتي يعتمد تعريفها على منظور الشخص. وقد تم تعريف الصحة في أضيق معانيها بأنها انعدام المرض والعجز. أما في أوسع معانيها فإن الصحة تعني حالة من اكتمال السلامة بدنياً واجتماعياً وعقلياً وروحياً.
- **منظمة الحفاظ على الصحة Health maintenance organization (HMO)**: منظمة لمقدمي الرعاية الصحية والتي تقدم مجموعة شاملة من الخدمات إلى السكان المسجلين في مقابل مبلغ محدد ومدفوع مسبقاً.
- **الخطة الصحية Health plan**: مصطلح عام ينطبق على أي نوع من برامج التأمين التي توفر تغطية تكاليف الخدمات الصحية بما في ذلك الشركات التي توفر التأمين الذاتي لموظفيها.
- **مجموعة بيانات ومعلومات أرباب العمل بالخطة الصحية Health Plan Employer Data and Information (HEDIS)**: محاولة لمعايرة أداء الخطة

الصحية من حيث الجودة وإمكانية الوصول والرضا والاستفادة والتمويل وذلك من أجل الاستخدام في المقارنة بين الخطط الصحية المختلفة؛ أداة المسح المستخدمة لجمع البيانات الخاصة بمجموعة بيانات ومعلومات أرباب العمل بالخطة الصحية.

- **منطقة نقص في المهنيين الصحيين Health Professional Shortage Area (HPSA)**: المساحة المعينة من قبل خدمة الصحة العامة بالولايات المتحدة والتي لديها نقص في فئات محددة من مقدمي الرعاية الصحية.

- **الترويج الصحي Health promotion**: أي نشاط أو نظام يتم تصميمه للقيام بشكل استباقي بالحفاظ على الحالة الصحية للأفراد أو المجموعات السكانية وتحسينها وتعزيزها. ويشمل الترويج الصحي بشكل عام كلاً من الرعاية الوقائية والسلوك الصحي المرتبط بأنماط المعيشة.

- **منطقة الخدمات الصحية Health service area**: المنطقة الجغرافية التي يخدمها أحد مقدمي الرعاية الصحية. وتقوم الحكومة الفيدرالية بتعيين مناطق الخدمة الصحية الرسمية التي تغطي كامل الولايات المتحدة الأمريكية لبعض من أنشطتها لإدارة البيانات.

- **مؤشر الحالة الصحية Health status indicator**: مؤشر للحالة الصحية النسبية لشخص ما أو لفئة سكانية ما. وعادةً ما يكون في شكل نقاط المؤشر ويتم إنشاؤه من خلال التقارير الذاتية أو من الإحصاءات الخاصة بالفئة السكانية المعنية.

- **المعالجة الشاملة Holism**: نهج متبع في الرعاية الصحية ينطوي على منظور شمولي للتشخيص والعلاج من المشكلات الصحية. كما ينطوي هذا النهج على التركيز على الشخص ككل وليس على مرض أو عضو معين ويأخذ في الاعتبار العوامل غير السريرية المتعلقة بالمريض.

- **الحادث Incidence**: عدد الحالات الجديدة لمرض أو عجز أو غيره من الظواهر المرتبطة بالصحة والتي تم تسجيلها خلال فترة زمنية محددة وتم الإبلاغ عنها من حيث عدد الحالات لكل (١٠٠) أو (١٠٠٠) أو (١٠٠٠٠) أو (١٠٠٠٠٠) فرد من السكان.

- **تأمين التعويض Indemnity insurance**: الشكل التقليدي للتأمين الصحي في الولايات المتحدة يقوم فيه المؤمن عليه بدفع تكاليف كل خدمة بعد أن تم تقديمها (على افتراض أنها مشمولة بحزمة الإعانات). وهذا هو على النقيض من نهج الرعاية المدار والذي يشتمل على الدفع المسبق لحزمة من الخدمات التي تتم تغطيتها في إطار الخطة الصحية.

- **مقابلة متعمقة In-depth interview**: أسلوب بحثي ينطوي (عادةً) على إجراء مقابلات شخصية مع الأشخاص المطلعين الرئيسيين وتستغرق هذه المقابلات وقتاً طويلاً وتشتمل على تحقيق متعمق للحصول على معلومات.
- **المؤشر Index**: «نتيجة» مركبة يتم حسابها عادةً من الاستجابات، وذلك على المسح أو الخصائص المميزة للسكان التي تم تحديدها، ويمكن بعدها مقارنة نتيجة المؤشر بالمستجيبين الآخرين أو غيرهم من السكان.
- **رعاية المعوزين Indigent care**: خدمات صحية تقدم بدون مقابل إلى الأفراد الذين يعتبرون «معوزين طبياً» كأن يكونوا لا يتمتعوا بتغطية تحت أي نوع من الخطط التأمينية. وليس بالضرورة أن يكون هؤلاء المرضى معدمين لكنهم يفتقرون إلى القدرة على دفع تكاليف الخدمات الصحية.
- **دورة حياة الصناعة Industry life cycle**: العملية التي تمر بها صناعة ما عادةً، وتشتمل على ما يلي: نشوء الصناعة باعتبارها ظاهرة جديدة، ثم مرحلة النمو، ثم مرحلة النضج، ثم فترة من التراجع حيث إن أنشطة هذه الصناعة يتم استبدالها من خلال أنشطة صناعات أخرى.
- **معدل وفيات الرضع Infant mortality rate (IMR)**: عدد وفيات الرضع دون السنة الأولى من العمر لكل (١٠٠٠) ولادة حية خلال فترة زمنية محددة (وتكون عادةً سنة واحدة).
- **المعلومات Information**: بيانات وُجد أنها ذات مغزى من خلال التحليل والتفسير الإحصائي.
- **الهجرة للداخل In-migration**: تدفق مقيمين جدد إلى منطقة جغرافية ما.
- **المريض الداخلي Inpatient**: من الناحية الفنية، أي مريض يقضي ليلة واحدة على الأقل (أو ٢٤ ساعة) في مؤسسة ما كالمستشفى أو برنامج علاج داخلي. أما من الناحية التقليدية، فيمكن إطلاق هذا المصطلح على غالبية المرضى الذين يحتاجون إلى أي قدر كبير من الرعاية والذين يُسمح لهم بدخول المستشفى باعتبارهم مرضى داخليين.
- **نظام التوصيل المتكامل Integrated delivery system (IDS)**: ترتيب لإدماج الأطباء والمستشفيات والخدمات الطبية الأخرى في شبكة لتوفير الخدمات الصحية المتسقة لمجموعة سكانية محددة من المسجلين.

- المقابلــة الاعتراضية **Intercept interview**: أســلوب بحثي «يعترض» المستجيبين المحتملين وهم ينفذون الأنشــطة الروتينية - كالتسوق في مركز تجاري أو الانتظار في غرفة الاســتقبال بعيادة الطبيب - ويجري مقابلات في نقطة الاعتراض أو في مكان قريب.

- التصنيف الدولي للأمراض **International Classification of Disease (ICD)**: نظام التصنيف القياسي المستخدم في تصنيف التشخيصات والإجراءات المستخدمة في العلوم الطبية المعاصرة.

- الاستيفاء **Interpolation**: أسلوب تقدير لحساب التقديرات بين نقطتين زمنيتين تتوفر لهما البيانات. من أمثلة ذلك إذا كانت الأرقام السكانية متوفرة لسنة (١٩٨٠) و(١٩٩٠) فإنه يمكن عمل تقدير لعام (١٩٨٥) من خلال الاستيفاء.

- المقابلــة بمســاعدة الكمبيوتــر **Interview, computerized**: أســلوب يقــوم فيه المستجيب بإكمال النموذج الاستقصائي بصورة تفاعلية من خلال الكمبيوتر إما عن طريق لمس الشاشة أو الكتابة على لوحة المفاتيح أو من خلال تنشيط الصوت.

- المقابلــة عبــر البريد **Interview, mail(out)**: أســلوب بحثي ينطوي على إرســال نماذج مسحية عبر البريد إلى المستجيبين الذين يعيدون النماذج مكتملة إلى المنظمة التي أرسلتها إليهم أو لطرف ثالث للتحليل.

- المقابلة الشــخصية **Interview, personal**: أسلوب بحثي ينطوي على الإدارة لأداة استقصاء وجهاً لوجه.

- المقابلة عبر الهاتف **Interview, telephone**: أسلوب بحثي ينطوي على الإدارة من أداة الاستقصاء عبر الهاتف.

- شــخص مطلــع أساســي **Key informant**: شــخص يخضع لمقابلــة ويتم اختياره باعتباره مصدراً رئيسياً للمعلومات بسبب موقعه داخل المنظمة أو دوره بصفته زعيم رأي أو لوجود أي سمة أخرى تجعل من هذا الشخص مصدراً مهماً للمعلومات.

- مــدة البقــاء **Length of stay**: عــدد الأيام التي يقضيها الفرد في المستشــفى أو أي منشــأة رعاية صحية أخرى. وتعد مــدة البقاء أحد الاعتبارات المهمة في إدارة الاستفادة.

- النمط المعيشــي **Lifestyle**: مجموعة من الاتجاهات والقيم والتفضيلات والأنماط الســلوكية التي تميز مجموعات فرعية من الســكان عن بعضهــا البعض، وغالباً ما تستخدم بالتبادل مع «الخصائص السيكوغرافية».

- **تحليل النمط المعيشي Lifestyle analysis**: نهج تحليلي يقيم فئة سكانية على أساس خصائص النمط المعيشي المرتبطة بمجموعات فرعية مختلفة داخل السكان، وغالباً ما تستخدم بالتبادل مع «التحليل السيكوغرافي».
- **الحد من النشاط Limitation of activity**: مقياس للعجز وينطوي على تحديد قدرة الفرد على القيام بأنشطة مختلفة. ويتم عرضه عادةً من حيث الأيام التي يتم قضاؤها في السرير أو أيام التغيب عن المدرسة أو أيام التغيب عن العمل، إلخ.
- **الترتيب المعيشي Living arrangement**: يُستخدم لوصف طبيعة العلاقات المنزلية بصفتها تكملة للحالة الاجتماعية. وتشمل بعض الفئات مثل من هو متزوج بدون أطفال أو متزوج ولديه أطفال أو الذين يعيشون بمفردهم أو الذين يعيشون معاً بدون زواج أو الأفراد الذين يعيشون معا وليس بينهم صلة قرابة.
- **الرعاية طويلة المدى Long term care (LTC)**: تشير إلى أي نوع من الرعاية المقدمة للمسنين و/أو المعاقين والتي تشمل إدارة مؤسساتية متواصلة للمريض سواءً كانت الرعاية الطبية ضرورية أم لا. كما أن دور التمريض تمثل الشكل التقليدي للرعاية طويلة المدى إلا أن هناك أنواعاً أخرى شائعة لمنشآت الرعاية طويلة المدى.
- **إستراتيجية الإبقاء Maintenance strategy**: نهج إستراتيجي تتبعه منظمات الرعاية الصحية عندما تكون المجال في مرحلة النضج من دورة حياتها. ونظراً لمحدودية التوسع يتم التركيز على الحفاظ على الأعمال القائمة والحصول على أكبر قدر ممكن من المنفعة.
- **الحالة الاجتماعية Marital status**: الصفة الرسمية للأفراد من حيث الزواج، وعادةً ما يشمل ذلك فئات مثل: من لم يسبق لهم الزواج أو متزوج أو مطلق أو أرمل وأحيانا منفصل.
- **الرعاية المدارة Managed care**: نهج مخطط ومنسق يشتمل على حوافز إيجابية وسلبية لكل من المسجلين والمزودين «لإدارة» الخدمات التي يتلقاها السكان المسجلون في خطة صحية معينة.
- **السوق Market**: أي منطقة جغرافية أو تجمع سكاني يمكن تصوره مصدراً للعملاء المحتملين.
- **منطقة السوق Market area**: المنطقة الجغرافية المستهدفة التي تتواجد بها إمكانات السوق الأولية لمنظمة رعاية صحية، وغالباً ما تستخدم بالتبادل مع «منطقة الخدمة».

- **أبحاث السـوق Market research**: عملية متعددة الخطوات تنطوي على التجميع المنهجي وتحليل بيانات السوق التي تساعد المنظمة في وضع الإستراتيجيات واتخاذ القرارات.

- **قطاع السوق Market segment**: مجموعة فرعية محددة من السكان والتي تختلف عن مجموعات فرعية أخرى من حيث استخدامها للخدمات الصحية.

- **الحصة السـوقية Market share**: نسبة استخدام الخدمات الصحية التي يمكن لأي من مزودي الخدمات أن يحرزها في فترة زمنية معينة.

- **المزيج التسـويقي Marketing mix**: خليط من أربعة عناصر للتسـويق وهي المنتج والسـعر والمكان والترويج والتي تميز الأنشـطة التسويقية الخاصة بمنظمة أو خط إنتاج معين.

- **الخطـة التسـويقية Marketing plan**: مخطـط عام للوسـائل والمـوارد اللازمة لتحقيق الأهداف التنظيمية فيما يتعلق بسوق مستهدف محدد.

- **أبحـاث التسـويق Marketing research**: العمليـة التي يقـوم من خلالها القائم على التسـويق بالحصول على المعلومات لاسـتخدامها في تحديد وتعريف الفرص والمشكلات التسـويقية إلى جانب إنشاء الإجراءات التسـويقية وتنقيحها وتقييمها وكذلك تحسين فهم التسويق باعتبارها عملية.

- **تحليل المصفوفة Matrix analysis**: أسـلوب تحليلي ينطوي على الفحص المتزامن لمختلـف النتائج المحتملة التي ترتبط مـع مجموعة من العوامل التي من المحتمل أن تؤثر في هذه النتيجة.

- **القياس Measurement**: إعطاء أرقام لخصائص الأشياء أو الأشخاص أو الولايات أو الأحداث وفقاً لقواعد محددة سلفاً.

- **الوسـيط العمري Median age**: مؤشـر لمتوسط عمر السـكان، إذ يمثل متوسط العمر السن الذي يقع نصف السكان تحته ويقع النصف الآخر أعلاه.

- **برنامج المسـاعدة الطبية Medicaid**: برنامج تأميني حكومي تحت رعاية الحكومة الفيدراليـة وتديره الولاية وهو موجه للسـكان ذوي الدخول المنخفضة في الولايات المتحـدة. ويقوم مركـز خدمات الرعاية الطبية والمسـاعدة الطبية بإدارة البرنامج الذي تختلف خصائصه من ولاية إلى أخرى.

- **المعوزين طبياً Medically indigent**: الأفراد الذين لسـبب ما لا يمكنهم الحصول على التأمين الصحي أو الذين لا يمكنهم سداد رسوم الخدمة الصحية من جيوبهم. قد لا يكون المعوزون طبياً فقراء ولكنهم يفتقرون إلى التأمين.
- **الضروري من الناحية الطبية Medically necessary**: خاصية لإجراء ما أو خدمة مقدمة على أنها جزء من خطة التأمين التي تعكس حاجة طبية واضحة لهذا الإجراء أو الخدمة. وهذا هو على النقيض من الإجراءات الاختيارية (مثل الجراحة التجميلية) التي يمكن القيام بها، في حين أنه لا توجد ضرورة طبية.
- **برنامج الرعاية الطبية Medicare**: برنامج التأمين الذي ترعاه الحكومة الفيدرالية والذي يتيح التغطية للسكان المسنين في الولايات المتحدة. يُذكر أن جميع المواطنين كبار السن مؤهلون للتغطية الأساسية، مع وجود بعض التغطية الإضافية الاختيارية. يقوم على إدارة برنامج الرعاية الطبية مركز خدمات الرعاية الطبية والمساعدة الطبية.
- **المنطقة الإحصائية بالعاصمة Metropolitan statistical area (MSA)**: التحديد الرسمي لتركيز كبير من السكان يتضمن وسط المدينة، والمقاطعة والمقاطعات المحيطة بها.
- **الهجرة Migration**: الحركة الحسية للأفراد أو المجموعات من موضع إلى آخر. ويكون عادةً بقصد تغيير دائم للإقامة.
- **التقسيم المدني المصغر/ تقسيم التعداد بالمقاطعة Minor civil division (MCD)/Census county division (CCD)**: مناطق جغرافية تابعة للمقاطعة والتي أنشأها مكتب الإحصاء باعتباره أساساً لجمع البيانات والإبلاغ عندما لا يتم استخدام مساحات التعداد.
- **بيان الرسالة Mission statement**: بيان موجز (وعادةً ما يتكون من فقرة أو فقرتين) يصف سبب وجود المؤسسة.
- **النموذج Model**: بيان (رياضي أو خلافه) يحدد العلاقة المفاهيمية بين اثنين أو أكثر من المتغيرات. فعلى سبيل المثال، يمكن لنموذج أن يصف الطريقة التي يتم بها اتخاذ قرارات الرعاية الصحية بالمستشفى.
- **نسبة المراضة Morbidity**: مستوى المرض والإعاقة بين السكان، ويُعبر عنه عادةً من حيث معدلات الحدوث والانتشار.
- **الوفيات Mortality**: مستوى الوفيات التي يميز السكان، ويُعبر عنه في العادة من حيث عدد الوفيات و/أو معدلاتها.

- **المتسوق الغامض Mystery shopper**: مصطلح ينطبق على استخدام الفرد الذي يتظاهر بأنه عميل ويستفيد من خدمات منظمة الرعاية الصحية في محاولة للحصول على معلومات عن الإجراءات وسلوك العاملين والأسعار أو غيرها من المعلومات التي قد لا تكون متاحة بالفعل.
- **المركز القومي للإحصاءات الصحية National Center for Health Statistics (NCHS)**: «مكتب التعداد» الخاص بالرعاية الصحية. ويعد المركز القومي للإحصاءات الصحية بمثابة المؤسسة الفيدرالية المسئولة عن جمع معظم البيانات الوطنية المتعلقة بالصحة والرعاية الصحية وإدارتها ونشرها.
- **المجموعات التي تحدث بشكل طبيعي Naturally occurring groups**: المجموعات التي تناسب إجراء المقابلات نظراً للأوضاع «الطبيعية» التي توجد عليه، ومن أمثلة ذلك الأسرة والأصدقاء التابعين لمريض يعالج بالمستشفى.
- **إستراتيجية الضرورة Necessity strategy**: أسلوب إستراتيجي ينطوي على استحداث خدمات بصفتها شرطاً مسبقاً للمنافسة بفعالية في السوق، بدلاً من أن تكون أساساً مباشراً للحصول على عائدات. وغالباً ما تجد المستشفيات نفسها مرغمة على تقديم خدمات معينة على الرغم من أن فرصة تحقيق حصة سوقية كبيرة تكون ضئيلة.
- **الحاجة Need**: تشير في هذا السياق إلى الحاجة الفعلية للخدمات الصحية داخل فئة سكانية ويتم قياسها وفق انتشار المشكلات الصحية المحددة إكلينيكياً. هذا على النقيض من المتطلبات والرغبات في خدمات صحية قد تميز السكان. يجب أن تمثل الحاجة مستوى الخط القاعدي للمشكلات الصحية التي تؤثر في السكان.
- **تخصص السوق Niche, market**: فرصة بالسوق وعادةً ما تكون محددة بدقة من حيث عدد السكان أو الموقع الجغرافي أو فئة الخدمات التي لا يتم استغلالها من قبل غالبية المزودين.
- **إستراتيجية التخصص Niche strategy**: نهج إستراتيجي يركز على تحديد واستغلال واحد أو أكثر من الأسواق المتخصصة داخل منطقة الخدمة. وبدلاً من تقديم مجموعة كاملة من خدمات المستشفى، يمكن للمستشفى أن يختار التركيز على قطاعات معينة من السوق (مثل جراحات العيون وجراحات القدم).
- **مرض يتعين الإبلاغ عنه Notifiable disease**: مرض يتعين الإبلاغ عن وجوده لمسئولي الصحة العامة. وعادةً ما يكون مرضاً معد، ويتم الإبلاغ عن تلك الحالات

فـــي البداية لـــلإدارات الصحية المحلية ثم يتم تجميع هذه المعلومات على المســـتوى القومي من جانب مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها.

- **الهدف الفرعي Objective**: إنجاز معين بشـــكل رســـمي ليتم تحقيقه من أجل دعم هدف عام، والهدف الفرعي هو هدف محدد وموجز ومقيد زمنياً.

- **الملاحظة غير التشاركية Observation, non-participatory**: أحد أشكال أبحاث الملاحظة التي يتم فيها فصل الملاحظ عن المجموعة أو النشاط الذي تتم ملاحظته، في حين أن الذين تتم ملاحظتهم لا يدركون عادةً أنه تتم ملاحظتهم.

- **الملاحظة التشاركية Observation, participatory**: أحد أشكال أبحاث الملاحظة التي يكون فيها الملاحظ جزءاً من المجموعة أو النشاط الذي تتم ملاحظته من أجل جمع المعلومات بوصفه «مطلعاً».

- **معدل الإشـغال Occupancy rate**: نســـبة الأســـرة في مستشفى ما أو أية منشأة للمرضـــى الداخليين والتي يشـــغلها المرضى خلال فترة زمنية معينة. وتعد نســـبة الإشـــغال مؤشراً على مستوى استخدام المستشـــفى، وغالباً ما يتم احتساب إشغال الأسرة المرخصة والأسرة التشغيلية بشكل منفصل.

- **زيارة عيادة الطبيب Office visit**: القياس المعياري للاســـتفادة من خدمات الطبيب و«اللقـــاء» المعتـــاد الذي يتم تســـجيله لقياس الاســـتفادة من الأطبـــاء وغيرهم من الخدمات.

- **عمليـــة التعريـــف الإجرائـــي Operationalization**: عمليـــة تمثيـــل مفهوم ما في شـــكل متغير قابل للقياس. فعلى سبيل المثال، عادةً ما يتم تعريف مصطلح «الطبعة الاجتماعية» إجرائياً لأهداف البحوث من حيث «متوسط دخل الأسرة».

- **تكلفة الفرصة Opportunity cost**: الفوائد المحتملة التي يمكن جنيها من مشروع ما والتي يتم فقدها بموجب لفت الانتباه إلى مشروع آخر.

- **الدفع من الجيب Out-of-pocket payment**: تســـديد رســـوم الخدمات الصحية المقدمة وذلك من قبل المســـتهلكين الذين ليس لديهم تغطية تأمينية أو الذين لم تتم تغطيـــة خدمة معينة لهم. وهناك بعض الإجـــراءات التي لا تتم تغطيتها مطلقاً من جانب شـــركات التأمين ولهذا فإن المستهلكين الذي يطلبون هذه الخدمات يتعين أن يدفعوا من جيوبهم.

- **قياس النتائج Outcome measurement**: عملية رسمية لتقييم فعالية العلاج و/ أو رضا المرضى بنتائج العلاج.

- **الهجــرة إلــى الخارج Out-migration**: تدفــق المقيمين إلى خارج منطقة جغرافية ما.

- **المريـض الخارجـي Outpatient**: فــرد يتلقى أي نوع من الخدمات الصحية التي لا تتطلب إقامة ليلية في مستشفى ما أو أي منشأة للمرضى الداخليين. وهناك تشابه بالمرضــى المتنقلين، وذلك على الرغم مــن أن المرضى طريحي الفراش بمنازلهم يتم اعتبارهم مرضى خارجيين وليس مرضى متنقلين.

- **العــلاج الــذي يتــم صرفــه دون وصفــة Over-the-counter drug (OTC)**: علاج يمكن شراؤها من الصيدلية دون وصفة طبية مكتوبة من قبل الطبيب.

- **المريض Patient**: أي فرد يتلقى خدمات صحية «رســمية» من مقدم رعاية صحية مرخص. وهذا لا يشمل الرعاية الذاتية وذلك لأن الفرد لم يتم تشخيصه رسمياً.

- **اســتقصاء الهيئة Panel survey**: عينة من المســتجيبين الذين وافقوا على تقديم معلومات لمشروع بحثي على مدى فترة ممتدة من الزمن.

- **مصدر المرضى Patient origin**: مصدر المرضى لخدمة صحية ما وذلك اســتناداً إلى مكان الإقامة (الذي يتم تحديده عادةً عن طريق الرمز البريدي).

- **الدافع Payer (or payor)**: انظر الطرف الثالث الدافع.

- **الاختراق Penetration**: نســبة الأعمال التي أسرتها خطة أو خطط صحية وعادةً ما تُستخدم في الإشارة إلى الرعاية المدارة. فعلى سبيل المثال، يشير معدل اختراق الرعايــة المدارة عند (٢٠٪) إلــى أن خطط الرعاية المدارة قد ســجلت (٢٠٪) من المسجلين المحتملين بالخطة الصحية للمنطقة.

- **تأثير الفترة Period effect**: تأثير أحداث وظروف معينة تحدث بشــكل فريد في وقت معين إلى مجموعة خاصة بين السكان.

- **الخطة Plan**: أســلوب منهجي لتحديد هدف في المســتقبل والسعي وراء تحقيقه، وعادةً ما ينطوي على التوفيق بين الموارد المتاحة مع الفرص بالسوق.

- **التخطيط Planning**: عملية وضع خطة منهجية لتحديد هدف مستقبلي وتحقيقه.

- **خطة الأعمال Plan, business**: أســلوب منهجي للوصول إلى هدف تجاري محدد في مرحلة ما في المستقبل.

- **خطة الموارد البشرية Plan, human resources**: أسلوب منهجي لتخصيص الموارد لتلبية الاحتياجات المستقبلية لطاقم العمل.

- **خطة التنفيذ Plan, implementation**: أسلوب منهجي لتنفيذ الأنشطة المحددة في خطة إستراتيجية أو في أي نوع آخر من الخطط. وتقوم الخطة الكلية عادةً بتحديد ما ينبغي القيام به، في حين أن خطة التنفيذ تحدد الكيفية التي سيتم القيام بها.
- **الخطة التسويقية Plan, marketing**: أسلوب منهجي لاستخدام مبادرة تسويقية للوصول إلى بعض الأهداف الخاصة بالمنظمة.
- **الخطة التشغيلية Plan, operational**: أسلوب منهجي للحفاظ على العمليات وتحقيق بعض الأهداف المحددة والمرتبطة بالعمليات في المستقبل.
- **الخطة الإستراتيجية Plan, strategic**: أسلوب منهجي لتحديد مكانة المنظمة في السوق، وتوظيف الموارد الموجودة في استغلال الفرص المتاحة في السوق.
- **خطة التكنولوجيا Plan, technology**: أسلوب منهجي لتقييم التكنولوجيا المناسبة والحصول عليها وتنفيذها للاستخدام في مرحلة ما في المستقبل.
- **السكان المعرضين للمخاطرة Population at risk**: العدد الإجمالي للأشخاص ضمن فئة سكانية ما والذين يكونون معرضين لمخاطرة من حالة معين. وعلى سبيل المثال، فإن عدد الأشخاص المعرضين لمخاطرة الإنجاب يساوي عدد النساء اللواتي لديهن خصوبة في سن الإنجاب بين السكان.
- **الرعاية الصحية المستندة إلى السكان Population-based healthcare**: نهج يتمثل في تقديم الخدمات الصحية ويركز على احتياجات مجموع السكان بدلاً من احتياجات الأفراد. يتم قياس النتائج من حيث التحسن في الحالة الصحية العامة بدلاً من النجاحات السريرية الفردية.
- **الهرم السكاني Population pyramid**: رسم بياني شريطي مكدس يصف بصورة مرئية التكوين العمري والنوعي لفئة سكانية محددة.
- **منظمة المزودين المفضلين Preferred provider organization (PPO)**: أحد أشكال الخطط الصحية الذي يشجع المسجلين بالخطة على استخدام شبكة محددة من مقدمي الخدمات في مقابل الحصول على أقل الأسعار. وتقوم منظمة المزودين المفضلين عادةً بالتفاوض على الأسعار المخفضة مع مقدمي الخدمات في الشبكة بقصد تمرير هذه التخفيضات إلى المستهلكين في شكل أقساط مخفضة.
- **الانتشار Prevalence**: العدد الإجمالي لحالات المرض أو الإعاقة بين السكان في

وقــت معين، والذي يتم الإبلاغ عن من حيث عدد الحالات لكل (١٠٠) أو (١٠٠٠) أو (١٠٠٠٠) أو (١٠٠٠٠٠) فرد من السكان.

- **الرعايــة الوقائيــة Preventive care**: أي نشــاط يُقصد بــه الوقاية من الأمراض و/أو تحســين الحالة الصحية والذي يُجرى قبل بداية مشــكلة صحية ما. وتشمل الرعاية الوقائية التثقيف الصحي وإجراء الفحوص والســلوكيات الصحية المختلفة (مثل استخدام فرشاة الأسنان) والتي تحمي الفرد من ظهور الحالات الصحية.
- **الســعر Price**: مقدار الدولارات التي يحددها المزود مقابل الخدمة المقدمة، وعادةً ما يشار إليها «كرســوم» في مجال الرعاية الصحية. ويختلف السعر عن «التكلفة» التي تشير إلى تكلفة تقديم الخدمة.
- ***إسـتراتيجية التسعير Pricing strategy***: *نهج إستراتيجي يحاول* اجتذاب الزبائن والحصول على حصة سوقية من خلال تقديم ميزة سعرية للمستهلكين.
- **الرعاية الأولية Primary care**: توفير الخدمات الصحية الأساسية والروتينية، بما في ذلك الخدمات الوقائية. وعادةً ما يكون الأطباء المشاركين في الرعاية الأولية هم الممارسين العامين وأطباء الأسرة، وأخصائي الباطنة والنساء وأطباء الأطفال، وذلك على الرغم من أن هناك أنواعاً أخرى من المزودين (مثل معالجي الصحة السلوكية) يمكن اعتبار أنهم يقدمون الرعاية «الأولية».
- **البيانات الأولية Primary data**: المعلومات التي تم جمعها خصيصاً لمعالجة مسألة بحثية خاصة.
- **دورة حيــاة المنتــج Product life cycle**: العملية التي يمكن أن يتبعها منتج أو خدمة ما أثناء تطوره، كأن تنطوي على نشــوء المنتج أو الخدمة بصفتها ظاهرة جديدة، ثم مرحلة النمو، ووصولاً إلى مرحلة النضج، وأخيراً فترة من التراجع، إذ يتم استبدال المنتج أو الخدمة بمنتجات أو خدمات أخرى
- **خط المنتج Product line**: انظر خط الخدمة.
- **التوقعــات الســكانية Projection, population**: رقم محســوب يشــير إلى حجم السكان لمنطقة معينة أو فئة سكانية لمرحلة ما في المستقبل.
- **الترويــج Promotion**: أي نشــاط يهدف إلى الترويــج لمنظمة وخدمة أو منتج ما. ويُعــد الترويج عنصراً مهماً في التســويق ويمكن أن ينطوي علــى العلاقات العامة والإعلان والبريد المباشر والعديد من الأنشطة الأخرى.

- **البيانـات المملوكـة Proprietary data**: البيانـــات التي تجمعها أو تنشــئها إحدى المنظمات للاستخدام الحصري الداخلي من قبل تلك المنظمة.
- **المـزود Provider**: شــخص أو منظمـــة يحصــل على رخصة لتقــديم الخدمات أو المنتجات أو المعدات الصحية.
- **شـبكة المزوديـن Provider network**: مجموعـــة من مـــزودي الخدمات الذين تم التعاقد معهم رســمياً لتقديم الخدمات للمســجلين في خطة صحية معينة. ونجد أنه في العديد من الخطط يقتصر المســجلون على مقدمي الخدمات الذين ينتمون إلى الشبكة.
- **الجوانـب السـيكوغرافية Psychographic**: المعلومات الذاتية التي أبلغ عنها أناس بشأن معتقداتهم أو مشاعرهم أو مواقفهم أو أنماط سلوكياتهم. ويشار إليها أيضاً على أنها أنماط المعيشة وتستخدم على أنها أساس للتنبؤ بالسلوك الصحي.
- **الصحة العامة Public health**: مجموعة من الأنشطة المخصصة لمؤسسات الصحة العامة التي تشــمل مراقبة الأمراض ورصـــد الوضع الصحي ومراقبة الهواء والمياه، وفحص الغذاء، وتسجيل الأحداث الحيوية، ومكافحة الحالات المعدية.
- **العلاقـات العامــة Public relations**: الحفاظ على الاتصالات والعلاقات مع عامة الناس، ومختلف الدوائر، وجماعات المستهلكين. وتشمل العلاقات العامة باعتبارها بعداً إســتراتيجياً للتصريحــات الصحفية، والخطب العامـــة، والبرامج التلفزيونية الدعائية وغيرها من وسائل التواصل مع من هم خارج المنظمة.
- **المشــتري (للخدمـات الصحيـة) Purchaser (of health services)**: أي منظمـــة أو فرد يقوم بدفع رســوم الخدمات الصحية المقدمة. أما في الاســتعمال الشـــائع، فأصبح مصطلح المشـــترى يشير إلى «مجموعة المشــترين» مثل أصحاب الشركات الكبيـــرة والتحالفـــات التجارية التي تمثــل أعداداً كبيرةً من الأشــخاص الذين تتم تغطيتهم والتي يمكنها التفاوض مع المزودين بسبب قوتهم الشرائية.
- **البحـث النوعـي Qualitative research**: الأســاليب البحثية الاســتقرائية وغير الموضوعية وذات التوجه نحو العملية والتي يتم استخدامها لوصف القضايا البحثية وفهمها وتفسيرها.
- **البحث الكمي Quantitative research**: الأساليب البحثية الاستنتاجية والموضوعية والمصممة في المقام الأول لتحديد العلاقات بين المتغيرات.

- المعدل **Rate**: مستوى حدوث ظاهرة لكل عدد محدد من الأشخاص، كأن يكون لكل (١٠٠) أو (١٠٠٠) أو (١٠٠٠٠) أو (١٠٠٠٠٠).
- النسبة **Ratio**: نسبة خاصية إلى خاصية أخرى. نجد على سبيل المثال أن نسبة الجنس عند (٩٥) تعني أن هناك (٩٥) ذكراً لكل (١٠٠) أنثى.
- الإقليم الجغرافي **Region, geographic**: يشير المصطلح على العموم إلى منطقة جغرافية تمتد خارج أي نطاق سياسي لإنشاء منطقة متسقة داخلياً من نوع ما (مثل أبالاتشيا). كما يشير هذا المصطلح إلى المناطق المعينة رسمياً والمقسمة إليها الولايات المتحدة من قبل الحكومة الفيدرالية.
- التسجيل **Registry**: التسجيل المنهجي والإبلاغ عن الأحداث أو الاتجاهات التي تميز فئة سكانية ما، كإنشاء سجل يحتوي على جميع حالات الإصابة بمرض السرطان والمبلغ عنها ضمن منطقة محددة أو جميع الأطباء المرخصين داخل ولاية معينة.
- تصميم البحوث **Research design**: مخطط أو إطار عمل يتم اتباعه في إجراء البحوث.
- السؤال البحثي **Research question**: بيان محدد يتعلق بمكونات ما يتعلق بالأعمال من المشكلات أو الفرص والتي تدفع إلى القيام بالعملية البحثية. ويشار إلى الأسئلة البحثية على أنها فرضيات في ظروف بحثية ذات طابع أكثر رسمية.
- المستجيب **Respondent**: شخص أو أي وحدة أخرى (مثل الأسرة) تشارك في مشروع بحثي استقصائي.
- العائد على الاستثمار **Return on investment (ROI)**: نسبة الربح المتوقع والتي يمكن قياسها مقابل كمية الموارد التي يتم استثمارها في المشروع.
- المخاطرة **Risk**: تعرض الأفراد أو المجموعات السكانية للمشكلات الصحية المختلفة. إن خطر الإصابة بالإيدز، على سبيل المثال، يتنوع باختلاف السلوكيات التي يشارك فيها الفرد.
- تحليل المخاطر **Risk analysis**: عملية اكتوارية يتم من خلالها تحديد الاستفادة المتوقعة وتكاليف الرعاية الصحية الناتجة لفئة سكانية معينة أو مجموعة مسجلين.
- منطقة ريفية **Rural area**: منطقة يحددها مكتب الإحصاء لأهداف جمع البيانات التي لا تلبي الحد الأدنى من المعايير للمنطقة الحضرية، كأن يكون السكان محدودين في الحجم ولا يشتملون على أي تجمعات سكانية ذات أهمية.

- العينة **Sample**: مجموعة فرعية من السكان يتم اختيارها لإدراجها في المسح.
- حجم العينة **Sample size**: عدد الأفراد أو الوحدات الأخرى التي يتم اختيارها لإدراجها في مسح ما استناداً إلى قواعد معينة لتحديد عدد.
- استقصاء العينة **Sample survey**: المسح الذي يتم فيه اختيار مجموعة فرعية من السكان للمشاركة في دراسة ما. والقصد من ذلك هو التوصل إلى استنتاجات تتعلق بمجموع السكان استناداً إلى عينة من أفراد العينة الذين تمت مقابلتهم.
- إطار العينة **Sampling frame**: قائمة بالسكان المستهدفين الذين سوف تؤخذ منهم العينة، كأن تكون جميع العناوين في مجتمع معين.
- استقصاء عن مدى الرضا **Satisfaction survey**: استقصاء يحاول قياس مستوى الرضا فيما يتعلق بالخدمات الصحية أو الخطط الصحية من جانب المرضى أو أفراد الأسرة أو المسجلين في الخطط الصحية أو فئات أخرى من العملاء.
- السيناريو **Scenario**: العرض الافتراضي لموقف يعكس الآثار المحتملة لعدة عوامل على الوضع القائم.
- الرعاية الثانوية **Secondary care**: مستوًى من الخدمات الصحية والذي يشتمل على الرعاية ذات الكثافة المعتدلة وعلى مستوًى معتدل من الموارد ومستويات المهارة. وتعد الرعاية الثانوية أكثر تعقيداً من الرعاية الروتينية ولكن أقل كثافةً من خدمات المستوى الثالث المتخصصة.
- البيانات الثانوية **Secondary data**: البيانات التي يتم تجميعها لبعض الأهداف الأخرى (مثل السجلات الإدارية الروتينية) ولكنها تُستخدم لبعض التطبيقات البحثية الأخرى. يمكن مثلاً استخدام بيانات التعداد المجمعة لأهداف إحصائية فيدرالية في أبحاث سوقية.
- تجزئة الاستخدام **Segmentation, benefit**: تقسيم الأشخاص إلى مجموعات على أساس الاستفادة (مثل الملائمة أو القيمة) التي ترجى من المنتج أو الخدمة.
- التجزئة الديموغرافية **Segmentation, demographic**: تقسيم الأفراد إلى مجموعات تمثل قطاعات السوق على أساس الخصائص الديموغرافية مثل العمر والجنس والدخل والعرق.
- التجزئة الجغرافية **Segmentation, geographic**: تقسيم الأفراد إلى مجموعات تمثل قطاعات السوق على أساس مكان الإقامة أو العمل.

- **التجزئة السيكوغرافية Segmentation, psychographic**: تقسيم الأفراد إلى مجموعات تمثل قطاعات السوق على أساس نمط الحياة والخصائص السلوكية.
- **تجزئة الاستخدام Segmentation, usage**: تقسيم الأفراد إلى مجموعات تمثل قطاعات السوق على أساس مستوى استفادتهم من منتج أو خدمة ما. ويمكن في البداية تحديد القطاعات كمستخدمين وغير مستخدمين. ثم يتم تقسيم المستخدمين إلى فئات فرعية استناداً إلى مستوى استخدامهم.
- **الاستبيان الذي يتم ذاتياً Self-administered questionnaire**: نماذج مسحية يتم ملؤها من جانب الأشخاص المشاركين في حين تكون هناك مدخلات قليلة أو معدومة من القائمين على إدارة الاستقصاء.
- **منطقة الخدمة Service area**: المنطقة الجغرافية التي تجتذب منها منظمة الرعاية الصحية عملائها؛ وغالباً ما تستخدم بالتبادل مع «منطقة السوق».
- **خط الخدمة Service line**: أسلوب تنمية الأعمال يشتمل على تحديد مجموعة رأسية من الخدمات (مثل رعاية أمراض القلب) والتشغيل والتسويق اللاحقين لمجموعة من الخدمات كخط الأعمال.
- **نسبة الجنس Sex ratio**: مؤشر للحصص النسبية للذكور والإناث ضمن السكان. ويتم حساب هذه النسبة عادةً من حيث عدد الذكور لكل مئة أنثى.
- **الأهمية الإحصائية Significance, statistical**: تقرير أن نتائج أحد البحوث تعكس الارتباط الإحصائي وليس مجرد ارتباط الفرص.
- **الوضع الاجتماعي والاقتصادي Socioeconomic status**: مؤشر لوضع الفرد أو المجموعة في البنية الاجتماعية على أساس مقاييس مثل الدخل والمهنة والتعليم.
- **التحليل المكاني Spatial analysis**: أسلوب تحليلي يتضمن دراسة العلاقات المكانية بين عدة ظواهر - مثل تحليل التوزيع الجغرافي لعيادات الأطباء.
- **صاحب المصلحة Stakeholder**: أي فرد أو منظمة أو دائرة لديها حصة في تشغيل منظمة ما أو نظام رعاية صحية. يمكن أن يكون المستفيدون الرسميون هم المساهمين أو المستثمرين الآخرين، في حين أن المستفيدين غير الرسميين يمكن أن يشملوا الطواقم الطبية والموردين ومجموعات المستهلكين.
- **المقارنة المعيارية Standardization**: عملية يتم من خلالها إجراء تعديل إحصائي للسكان المتباينين للسماح بمقارنات ذات مغزى.

- **الإستراتيجية Strategy**: النهج العام المتبع في تحديد مكانة منظمة ما بالنسبة إلى السوق ومنافسيها في تلك السوق. تقدم الإستراتيجية مقياساً واحداً لتطوير خطة إستراتيجية.
- **البيانات البديلة Surrogate data**: البيانات المستخدمة بصفتها بديلاً للبيانات التي لا يمكن الحصول عليها.
- **أداة المسح Survey instrument**: نماذج استقصاء الآراء المستخدمة في البحوث المسحية يُطلق عليها أحياناً أدوات مسح.
- **تحليل نقاط القوة والضعف والفرص والتهديدات SWOT analysis**: أسلوب تحليلي ينطوي على تقييم لنقاط القوة والضعف والفرص والتهديدات بالمجتمع أو المنظمة.
- **البحوث المشتركة Syndicated research**: أحد أشكال البحوث المسحية التعاقدية وفيه تقوم شركة أبحاث مهنية بإجراء مسح وتبيع النتائج إلى الأطراف المعنية في المنطقة أو بدلاً من ذلك، تقوم شركة البحوث بإدراج المشاركة الأولية لمنظمات الرعاية الصحية بالمنطقة في تطوير المسح.
- **البيانات الاصطناعية Synthetic data**: التقديرات والتوقعات السكانية التي يتم إنشاؤها باستخدام الأساليب والنماذج الإحصائية. وتختلف البيانات الاصطناعية عن البيانات الفعلية التي تم جمعها عن طريق التعدادات والمسوحات.
- **التكتيكات Tactics**: الإجراءات التي تم البدء بها من أجل اتباع إستراتيجية داخل سياق الخطة الإستراتيجية.
- **التسويق المستهدف Target marketing**: أسلوب تسويقي يركز على قطاعات سوقية معينة بدلاً من السوق بأكمله.
- **الرعاية الثلاثية Tertiary care**: الخدمات الصحية المتخصصة لعلاج حالات صحية خطيرة تتطلب أطباء متخصصين ومعدات ومنشآت متطورة وخدمات دعم ضخمة.
- **الطرف الثالث الدافع Third-party payer (payor)**: أي مؤسسة أو منظمة تكون مسئولة عن سداد تكلفة الخدمات الصحية المقدمة بالنيابة عن الفرد المؤمن عليه. يقوم المزود بتقديم الخدمة للمريض، في حين تقوم شركة التأمين التي تمثل «الطرف الثالث» بسداد رسوم الرعاية.

- **تحليل الاتجاهات Trend analysis**: التحليل الطولي للبيانات من أجل تحديد وجود الاتساق أو عدم وجوده بمرور الوقت؛ أحد أشكال تحليل السلاسل الزمنية.
- **الرعاية بدون تعويض Uncompensated care**: الخدمات الصحية المقدمة إلى السكان المعوزين طبياً والذين لا يمكنهم دفع رسوم الرعاية. كما يتم في بعض الأحيان استخدام الرعاية المجانية للإشارة إلى أي نقص بين الرسوم وسداد تكاليف الخدمات.
- **المؤمن عليهم بشكل جزئي Underinsured**: الأفراد أو الجماعات الذين تشملهم من الناحية التقنية خطة تأمينية معينة ولكن بها طرق الاستفادة محدودة أو مشاركة في السداد تكون غير محبذة أو مخصصات محسومة لا يكون لها تغطية كافية.
- **غير المؤمن عليهم Uninsured**: الأفراد أو المجموعات السكانية التي لا تشملهم أي خطة تأمينية.
- **التغطية الشاملة Universal coverage**: حالة يتم فيها توفير شكل قياسي من التأمين الطبي لجميع الشعب.
- **المنطقة الحضرية Urbanized area**: تعيين مكتب الإحصاء لمنطقة جغرافية تفي بمتطلبات محددة لكي يتم اعتبارها «حضرية». ويمكن أن يتم دمج منطقة حضرية من عدمه، وذلك لأن التعيين يعد وظيفة لحجم السكان وخصائصهم.
- **استخدام (الخدمات الصحية) Utilization (of health services)**: عدد ونوع الخدمات الصحية التي تستخدمها فئة سكانية معينة، وذلك في مقابل الطلب على الخدمات.
- **إدارة الاستفادة Utilization management**: من الناحية النظرية، هي عملية ضمان أن المريض يتلقى الرعاية المناسبة في الوقت والمكان المناسبين. أما من ناحية الممارسة الفعلية، فغالباً ما ينظر إلى إدارة الاستفادة على أنها وسيلة لتقييد الاستفادة من أجل خفض التكاليف.
- **المتغير Variable**: مفهوم المصلحة في دراسة بحثية والذي يتم تفعيله بطريقة من شأنها أن تسمح بالتحليل الإحصائي.
- **بائع البيانات التجارية Vendor, commercial data**: شركة بالقطاع الخاص تقوم بإنشاء ونشر البيانات و/أو البرمجيات لمعالجة البيانات.

- **الإحصاءات الحيوية Vital statistics**: البيانات التي تجمعها المؤسسات الحكومية والتي تكون مرتبطة بالأحداث الحيوية مثل أعداد المواليد والوفيات والزواج والطلاق والإجهاض.
- **السكان المعرضين Vulnerable population**: أي شريحة سكانية ضمن مجموعة من السكان تكون معرضة بشكل حاد للمشكلات الصحية بسبب الحالة الصحية والعوامل البيئية وعدم وجود تأمين والتهميش وأي عاملٍ من العوامل الأخرى.
- **تحليل ماذا لو What-if analysis**: إنشاء مواقف افتراضية يمكن فيها استخدام المتغيرات ذات الصلة من أجل تحديد التأثيرات ذات الصلة المترتبة على فرص في النموذج الذي يجري استخدامه.
- **سنوات الحياة المحتملة الضائعة Years of potential life lost**: قياس للعجز والوفاة المبكرة ويتم حسابه من حيث عدد السنوات التي كان من المتوقع أن يعيشها الفرد (أو أن يكون لها صفة الحياة) لولا وجود الإعاقة أو حدوث الوفاة.
- **الرمز البريدي ZIP code**: منطقة إدارية أنشأتها هيئة الخدمة البريدية بالولايات المتحدة من أجل تسليم البريد بكفاءة. وبالرغم من أن الرموز البريدية لم يُقصد من إنشائها في الأساس أن تكون وحدات لتجميع البيانات ونشرها، فغالباً ما تُستخدم على أنها أساس للتخطيط والدراسات التسويقية.

الملاحق

الملحق IA
مبادرة التخطيط على نطاق الولاية

نظرة عامة:

إن ما سنعرضه فيما يلي من مواد تعطينا مثالاً واقعياً - وإن كان بصورة افتراضية - لعملية التخطيط على نطاق المجتمع. فقد قامت ولاية كاليفورنيا (وهي الولاية الحادية والخمسون التي تم ضمها حديثاً) بمباشرة خطة صحية أولية على نطاق الولاية. وقد تعين انطلاق العملية من نقطة الصفر وذلك لأن الولاية لم يكن لديها خبرة سابقة بالتخطيط الصحي. وقد ترأس المبادرة مكتب التخطيط الصحي والتطوير الذي تم إنشاؤه مؤخراً وهو تابع لوزارة الصحة بالولاية.

التخطيط للتخطيط:

تمثلت الخطوة الأولى في عملية التخطيط في إنشاء الرسالة لهذا العنصر من أنشطة الوزارة. وفي هذه الحالة، تم إنشاء المهمة من جانب وزارة الصحة بالولاية وذلك بالتشاور مع مكتب المحافظ والمؤسسات الأخرى ذات الصلة داخل الولاية. وقد صيغت الرسالة كما يلي: سيقوم مكتب التخطيط الصحي والتطوير بوضع خطة شاملة من أجل التنسيق بين جميع منظمات الرعاية الصحية الحكومية والخاصة بالولاية وذلك بقصد إمداد المواطنين بالولاية برعاية صحية ذات جودة عالية وسهلة المنال.

وقد اشتملت الخطوة التالية على تكوين فريق تخطيط يناط به تنفيذ الرسالة. كما أنشأ مكتب التخطيط الصحي والتطوير عملية بهدف الحصول على توصيات للمشاركين في فريق التخطيط. كما تم وضع خطوط إرشادية من أجل التأكد من أن ممثلي جميع المستفيدين قد تم تضمينهم. وقد اشتملت العضوية على كل من المهنيين الصحيين إلى جانب ممثلين لمجموعات المستهليكن ومناصري المرضى. كما دعت إلى أن يكون هناك من المشاركين أفراد «محايدين» يمتلكون الخبرات الفنية في مجالات إدارة الرعاية الصحية، وإدارة المعلومات والمجالات السريرية والصحة العامة، إلخ. وقد تعين على فريق عمل مكتب التخطيط الصحي والتطوير أن يقدم الدعم الفني للمشروع.

لقــد تم تطوير مخطط لعملية التخطيط اشــتمل على إيضــاح للإجراءات المتعين اتباعهــا إلى جانب الأدوار المنوطة لمختلف المشــاركين وكذلــك الإطار الزمني لإكمال الخطة. وسيعمل هذا المخطط العام بصفته أساساً لخطة المشروع التي سيتم تطويرها في نهاية المطاف.

تجميع المعلومات الأولية:

بدأت عملية تجميــع المعلومات بتجميع المواد القائمــة الخاصة بالرعاية الصحية بالولاية. إلا أنه كان من المتوقع الحصول على قدر ضئيل من المواد المتعلقة بالتخطيط لأن هــذه كانت أولى مبادرات التخطيط. ومع هذا فقــد بدأت وزارة الصحة بإعداد إحصائيات مهمة وتجميع بيانات استخدام المستشفيات إلى جانب عمل حصر بمختلف الأخصائيــين الصحيــين. ومثلت هــذه المعلومات نقطــة البدء في تجميــع البيانات والأســاس في تحديد الفجوات في البيانات والتي سيتم سدها خلال مرحلة البحوث المستفيضة.

تمثلــت الخطوة التالية في عقــد مقابلات مع نطاق عريض من كبار الأشــخاص المطلعــين الذيــن لديهم وجهات نظر تجاه مختلف جوانب النظام. تم إنشــاء مخطط عــام لتجميع البيانــات وذلك بقصد تحديد القضايا الرئيســية والاحتياجات المتعلقة بالصحــة الأكثر إلحاحاً. كما تم تضمين ممثلين للمؤسســات الحكومية المتنوعة التي على صلة بأي شــكل من الأشــكال بمجال الرعاية الصحية. وبالإضافة إلى موظفي وزارة الصحة، اشتمل الأشخاص المطلعون على ممثلين لمؤسسة الصحة العقلية بالولاية ومكتب الكحوليات والمخدرات، ولمكتب أمان المرور، ومكتب حماية البيئة، وإدارة خدمات الأطفــال، ومكتب الرقابة على التأمين، ومكتب برنامج المســاعدة الطبية «ميديكيد». وأكمــل ممثلون لــلإدارات الصحية المحلية المعلومات المتحصلة من هؤلاء الأشــخاص المطلعين.

تم عقد مقابلات إضافية مع ممثلين لمنظمات الرعاية الصحية بالقطاع الخاص، ومن هؤلاء ممثلين لكبرى المستشــفيات المتخصصة والشاملة، وموظفي الصحة المتحالفين، وأخصائــي العلاج البديل. ومثل المنظمات المهنية متحدثين لاتحاد المستشــفيات على نطــاق الولاية، وجمعيات الرعاية المنزلية، والجمعيــات الصحية المنزلية، والمجتمعات الطبية، ومجتمع أطباء الأســنان. وتم عقد مقابلات مع ممثلين للمدرستين الطبيتين بالولاية بالإضافة إلى مسئولين بمدارس تمريض معينة.

كما تم عقـــد مقابلات مع ممثلي جمعيات تطوعية ومجموعات اســـتهلاكية. وتم الحصول على معلومات إما من المكتب أو أكثر الفروع نشاطاً على نطاق الولاية بجمعية مرض الســـرطان أو اتحاد أمراض القلب والمنظمات التطوعية الأخرى. كما تم عقد مقابلات مع المجموعات الاســـتهلاكية التي تمثل المعاقين ذهنياً والمعوقين وكبار السن والمجموعات الأخرى ذات الصلة.

أجريت أيضاً مقابلات مع ممثلين لمجتمع الأعمال بما في ذلك غرفة التجارة وكبار أصحاب الأعمال وتحالفات الأعمال المحلية.

وبمجـــرد أن اكتملت هذه المقابـــلات وتم تجميع المعلومات كان من الممكن البدء في تحديد القضايا والنظر في الاتجاه الذي ســـتأخذه مبـــادرة التخطيط. وقد تمركزت القضية التي بدت الأكثر انتشاراً حول النقص في إمكانية الوصول إلى خدمات الرعاية الأولية الأساســـية، وتحديداً بالنســـبة للمقيمين بالمناطـــق الريفية والمناطق الحضرية الفقيرة، وذلك على الرغم من أن غالبية السكان كانت محرومة في هذا الصدد. ومن هذا الســـياق، اشتملت القضايا المحددة التي تم تحديدها على ما يلي: حالات حدوث الحمـــل بين المراهقين وبين غيـــر المتزوجين، وكذلك الاحتياجات التـــي لم يتم تلبيتها والخاصة بالأشـــخاص المعاقين ذهنياً بدرجة كبيرة، وكذلك إدارة الأمراض المزمنة بين العدد المتنامي من كبار الســـن بين الســـكان. كما تم تحديد عدة قضايا إضافية سيتم استكشافها خلال العملية البحثية.

تحديد الافتراضات:

ومع بدء فريق التخطيط في تجميع البيانات قام بصياغة الافتراضات التي ستدفع عملية التخطيط. إلا أنه لم يكن هناك افتراضات صريحة لأنها كانت مبادرة حديثة؛ لذا فقد تم تحديد الافتراضات التالية بصورة مبدئية مع العلم بأنه ســـيتم مراجعتها بصورة صحيحة مع مواصلة العملية.

١- لا توجد هناك أفكار مســـبقة خاصة بأهداف الخطة أو الشكل الذي سيكون عليه أي حل.

٢- سيكون من الممكن الحصول على تعاون بين المؤسسات من مختلف المؤسسات ذات الصلة من أجل عملية التخطيط.

٣- ستســـعد منظمات القطاع الخاص بتقديم مدخلات ولكنها ســـتكون أقل استعداداً لإحداث تغييرات جوهرية.

٤- لدى مجتمع الأعمال الاستعداد لدعم العملية وتقديم نطاق عريض من خدمات الدعم.
٥- من المرجح أن يشكل النقص في قدرات إدارة المعلومات الكافية عائقاً رئيسياً أمام تجميع البيانات وتجهيزها.
٦- سيتطلب تنفيذ أي خطة بشكل ناجح للحصول على دعم من مجموعات معينة فعالة من مناصري المستهلكين.

تجميع البيانات القاعدية:

اشتملت الخطوة الأولى في عملية تجميع البيانات الرسمية على تقييم بيئي. وعلى الرغم من حصر التركيز في مقاطعة كولومبيا من أجل أهداف التخطيط، إلا أنه ظل من الضروري دراسة الاتجاهات القومية التي يمكن أن يكون لها مضامين على التطورات على مستوى الولاية.

تم تحليل اتجاهات مجتمعية عريضة ودراسة تأثيراتها في البيئة المحلية. واشتملت الاتجاهات المجتمعية على اتجاهات ديموغرافية واعتبارات اقتصادية إلى جانب اتجاهات تخص الأساليب المعيشية وموقف المستهلك. كما تم تطبيق التحليل ذاته على اتجاهات صناعة الرعاية الصحية من أجل تحديد أي تطورات من المرجح أن تؤثر في المجتمع المحلي. واشتملت على الاتجاهات في تمويل الرعاية الصحية، والبنيات التنظيمية المتغيرة داخل نظام التسليم واستحداث أساليب علاجية جديدة.

تم كذلك استعراض التطورات التنظيمية والسياسية والقانونية للتحقق من نتائجها بالنسبة للمجتمع والمنظمات المتأثرة. وعلى مستوى الولاية نفسها قامت مؤسسات متنوعة والمجلس التشريعي بالولاية بدراسة عدد من المبادرات التي يمكن أن تؤثر في القضايا التي تتناولها عملية التخطيط.

أجري أيضاً استعراض للتطورات في مجال التكنولوجيا بما في ذلك الوسائل العلاجية الطبية والجراحية، وكذلك المستحضرات الصيدلانية ومعدات الطب الحيوي وإدارة المعلومات.

تم استعراض الاتجاهات القومية في السداد وتمت دراسة تأثيراتها في مستوى الولاية. وكانت الاتجاهات الخاصة بالرعاية المدارة وبرامج التأمين التي ترعاها الحكومة ذات أهمية خاصة. إن نشوء الرعاية المدارة داخل الولاية أثرت بالفعل

فـي كل مـن أنماط التدريـب والعلاقات الخاصـة بالمزودين. كما أنـه كان هناك حاجـة إلى دراسـة التغيرات المحتملة في أي من برامج الرعايـة الطبية «ميديكير» أو المسـاعدة الطبية «ميديكيد» والتعرف على تأثيراتها في تقديم الرعاية الصحية داخل الولاية.

إن هذا الاستعراض للاتجاهات الاجتماعية والسياسية والاقتصادية والتكنولوجية التي تؤثر في البيئة قد يمثل نقطة البدء في أبحاث لاحقة حول المعلومات الأساسـية، ويشكل سياقاً يمكن من خلاله استنباط معرفة إضافية.

تكوين صورة عامة للسكان بالولاية:

عند تكوين صورة عامة للسـكان الذين سـيتأثرون بالخطة تم في البداية افتراض أن حـدود الولاية قد رسـمت وعلى نحـو ملائم الوحدة الجغرافيـة من أجل أهداف التخطيط، في حين أنه كانت الحالة كذلك بشـكل عام، إلا أنه اتضح أن ثلاث مناطق خدمات صحيـة بالولاية قد عبرت حدود الولاية؛ لذا تعـين أخذ هذه «الحالات غير المنتظمة» في الحسبان من أجل أهداف التخطيط.

تم تحديد خصائص الولاية والسكان المقيمين بها من خلال التقييم البيئي. وفيما يلي التصنيفات الرئيسية للبيانات التي تم تجميعها.

- الخصائص الديموغرافية.
  - التوزيع العمري.
  - التوزيع من حيث الجنس.
  - التوزيع العرقي/الإثني.
- الخصائص المجتمعية الثقافية.
  - الحالة الاجتماعية.
  - الخصائص الأسرية.
  - التوزيع من حيث الدخل.
  - المستوى التعليمي.
  - الخصائص المهنية.
  - خصائص الصناعة.

- الخصائص السيكوغرافية.
- التغطية التأمينية.
- الاتجاهات.
- التصورات.
- التفضيلات.
- التوقعات.

تم الحصول على البيانات الضرورية للتقييم البيئي من عدة مؤسسات بالولاية، بدءاً من مصادر ثانوية مثل المكتب الإحصائي وكذلك من جهات بيع بيانات تجارية والتي تزود بالتقديرات والتوقعات السكانية والصور العامة السيكوغرافية. تم تكوين صورة عامة للتغطية التأمينية باستخدام البيانات من عدة مصادر. وكان من المتعين في النهاية إجراء أبحاث أساسية من أجل تطوير بيانات أفضل حول التغطية التأمينية ومواقف المستهلك.

تحديد الحالة الصحية:

تضمنت الخطوة التالية في إنشاء خط قاعدي على فحص الحالة الصحية للمجتمع والسكان المستهدفين. كما تم تجميع معلومات حول أنماط الخصوبة داخل المجتمع، وخصائص نسبة المراضة بالسكان المستهدفين، وأنماطها الخاصة بمعدلات الوفاة. كانت هناك بعض البيانات الخاصة بالثلاثة تصنيفات من جانب الإدارات الصحية بالمقاطعة وقد تم إكمال هذه المعلومات باستخدام البيانات المتحصلة من الإدارة الصحية بالولاية. وكانت البيانات الخاصة بالخصوبة ومعدل الوفيات يسهل إلى حد ما الحصول عليها وذلك لكون هذه البيانات مجمعة بصورة رسمية من جانب الإدارة الصحية.

من ناحية أخرى، كان الحصول على البيانات الخاصة بنسبة المراضة أمراً أكثر صعوبة. وباستثناء قيام الإدارة الصحية بتجميع البيانات الخاصة بأمراض معينة يتعين الإبلاغ عنها، لم يكن هناك مصدر منهجي للبيانات الخاصة بنسبة المراضة. وقد تم النظر إلى الفجوة في البيانات من زاويتين مختلفتين. واشتملت أولاهما على تجميع للبيانات من تلك المنظمات التي كانت مشتركة بشكل كبير في خدمة السكان بالولاية، وتم الحصول على البيانات التي أوضحت أنواع التشخيصات التي يتصف

بهـا المرضى التابعين لتلـك المنظمات وأنواع الإجراءات التي تمت بالنسـبة لعملائهم من المستشـفى العام والإدارة الصحية. كما أن المعلومات كانت أيضاً متاحة من بعض العيادات المستندة إلى المجتمع ومراكز الصحة العقلية التي تخدم السكان. زودت هذه الخطوات بعـض البيانات الفعلية التي يمكن من خلالها البدء في فهم الصورة العامة لنسبة المراضة.

هناك نهج ثان اشـتمل على الحصول على البيانات من المركز القومي للإحصاءات الصحيـة (National Center for Health Statistics NCHS) والتـي اسـتندت إلى بيانات مسـحية قومية في إيضاح أنماط الحالات الصحية التي سيتصف بها السكان ذوي السـمات المتنوعة. ويمكن اسـتخدام هذه البيانات المسـحية في تقدير الصورة العامة لنسـبة المراضة للسـكان المسـتهدفين. وكان من الممكن من خلال النظر إلى معدلات الانتشـار بالنسـبة للسـكان ذوي الخصائص العرقية والعمرية والخصائص المتعلقة بالدخل أن يتم تطوير صورة عامة «بديلة» لحالة نسـبة المراضة للسكان. كما أتيحت أيضاً معلومات انتقائية حول مؤشـرات نسبة المراضة على مستوى الولاية من مصادر قومية متنوعة. فعلى سـبيل المثال، كانت مؤشرات السمنة المفرطة ومستويات الكولسترول متاحة من خلال استقصاءات متنوعة تمت تحت رعاية فيدرالية.

تم فيما بعد وضع مؤشرات للحالة الصحية تسمح بعقد مقارنات بمعايير متنوعة. فعلى سـبيل المثال، أجريت مقارنة بين نسـبة الوفيات بين الأطفال وبين مثيلاتها في الولايـات الأخرى القابلة للمقارنة، وبين المتوسـط القومي، وبـين المعايير المقررة في مبادرة أشـخاص أصحـاء لعـام 2010 (Healthy People 2010). وتم اتباع العملية نفسـها بالنسـبة لمؤشـرات أخرى ذات صلة مثل معدلات الوفيـات وولادات الخداج ومواليد الوزن المنخفض، وكذلك الحمل بين المراهقين.

كانـت هنـاك خطوة ضروريـة تمثلت في تحويل مؤشـرات الحالـة الصحية إلى احتياجات الخدمات الصحية. كما يمكن التحويل المباشـر لانتشار ظروف معينة إلى بعض قياسـات الاحتياج. وفي حالات أخرى، كان التحويل غير مباشـر بصورة أكبر. وفـي النهاية، تعين على فريق التخطيط عمـل تقديرات لأنماط وخصائص الخدمات الصحية المطلوبة من سكان الولاية.

السلوك الصحي:

تضمنــت الخطوة التالية في العملية تحديد مســتوى النشــاط لنطاق عريض من السلوك الصحي. وتم اســتعراض الأنماط التالية للسلوك الصحي الرسمي بصفتها جزءاً من البحوث.

- حالات دخول المرضى الداخليين:

حالات دخول المستشفى.

حالات دخول دور التمريض.

حالات دخول مراكز العلاج للمقيمين.

حالات دخول منشآت الصحة العقلية.

- زيارات المرضى الخارجيين:

زيارات المرضى الخارجيين بالمستشفى.

زيارات غرفة الطوارئ بالمستشفى.

زيارات عيادات الأطباء.

زيارات عيادات أخرى.

زيارات الرعاية الطارئة.

زيارات مراكز التشخيص.

زيارات المراكز الجراحية.

زيارات مراكز الصحة العقلية.

- استخدام الخدمات الأخرى:

الزيارات الصحية المنزلية.

علاجات الأطباء.

زيارات العلاج البديل.

- الإجراءات التي يتم اتخاذها.
- الوصفات العلاجية.

كما تم اســتعراض أنماط غير رسمية للسلوك الصحي وذلك على الرغم من وجود بيانــات أقل «صعوبة» بشــكل كبير حول هذه الأنشــطة. كما أنــه كانت هناك بعض البيانات على مستوى الولاية التي أتاحتها مصادر قومية وكانت تتعلق بعدد من العوامل مثل اســتخدام أحزمة المقاعد، وأنمــاط الحمية الغذائية، وأنمــاط التدخين وتناول الكحوليات. كما أتيحت بعض البيانات المحددة من خلال السجلات الخاصة بالولاية، بمــا في ذلك المعلومات الخاصة باســتخدام رعاية ما قبل الولادة ومســتوى إكســاب المناعة للأطفال.

تم إكمــال هــذه المعلومات من خلال أبحاث أولية اشــتملت على اســتقصاء عينة للســكان بالولاية. وقد جمع هذا الاســتقصاء البيانات الخاصــة بخصائص الحالة الصحة والســلوك الصحي. وبالإضافة إلى هذا، قام هذا الاستقصاء بالحصول على البيانات الخاصة بالاتجاهات والتصورات والتوقعات الخاصة بسكان الولاية.

حصر موارد المجتمع:

ولكي يتحقق مثل هذا الجهد التخطيطي الشــامل على مستوى الولاية تعين تحديد نطاق عريض من الموارد وحصرها. شــملت هذه الموارد، كحد أدنى، منشآت ومعدات الرعاية الصحية، وكذلك برامج وخدمات الرعاية الصحية، وموظفي الصحة، وخيارات التمويل. ومن أمثلة مكونات كل فئة محددة ما يلي.

- منشآت الرعاية الصحية:

المستشفيات.

دور رعاية كبار السن.

عيادات الأطباء.

العيادات المجتمعية.

العيادات السريرية غير المرتبطة بالأطباء.

مراكز العلاج الداخلية.

منشآت العيش بمساعدة (ووحدات سكنية أخرى لكبار السن).

منشآت الصحة العقلية.

مؤسسات الصحة المنزلية/ دور المسنين.

مراكز الرعاية الطارئة.
مراكز التشخيص المستقلة.
المراكز الجراحية المستقلة.
المراكز العلاجية المتخصصة (مثل إدارة الألم).

- معدات الرعاية الصحية:

المعدات الطبية الحيوية.
تكنولوجيا المعلومات.
معدات خدمات الطوارئ.

- موظفي الصحة:

الأطباء.
المرضات.
المرضات السريريات، مساعدي الأطباء، ومعاوني الأطباء الآخرين.
أطباء الأسنان.
أخصائي البصريات.
أطباء الأطفال.
معالجي تقويم العمود الفقري.
المختصين في مجال الصحة العقلية.
معالجي إعادة التأهيل (مثل أخصائي العلاج الطبيعي، ومعالجي النطق).
موظفي الدعم الإكلينيكي (مثل تقنيي الأشعة).
موظفي الدعم الإداري (مثل فنيي السجلات الطبية).
معالجي الطب البديل.

- البرامج والخدمات:

برامج/خدمات المرضى الداخليين.
برامج/خدمات العيادات الخارجية بالمستشفى.
برامج/خدمات رعاية المرضى القادرين على السير (المرضى الخارجيين).
خدمات الرعاية طويلة الأجل.

الخدمات المستندة إلى المجتمع.

الخدمات الصحية المنزلية.

- مصادر التمويل:

التأمين التجاري (بما في ذلك الرعاية المدارة).

الرعايــة الطبية (بما في ذلك منظمات الرعايــة الصحية التابعة لبرنامج الرعاية الطبية).

المساعدة الطبية.

البرامج الأخرى الممولة اتحادياً (مثل إدارة المحاربين القدامى).

مصادر التمويل بالولاية (مثل خدمات الصحة العقلية).

مصادر التمويل المحلية (مثل دعم المستشفيات العامة).

- الشبكات والعلاقات:

تحالفات المستشفى الرسمية.

أنظمة التوصيل المتكاملة.

شبكات المزودين.

المنشآت التي تديرها السلاسل (مثل المستشفيات ودور المسنين).

العلاقات التعاقدية.

نتــج عن هذه العملية عمل الحصر الأول لمــوارد الرعاية الصحية في الولاية، مما يخدم هدفاً مهماً في حد ذاته. تم إدخال هذه المعلومات في قاعدة بيانات حاســوبية من شأنها أن تسمح بالتحديث المتواصل والتحسين مع استمرار عملية التخطيط. إن هذا الحصر لا يُقدر بثمن بالنســبة للخطوة التالية في العملية، ألا وهي تقييم أوضاع الرعاية الصحية في جميع أنحاء الولاية.

تقييم الحالة الصحية وموارد الرعاية الصحية:

شهدت هذه المرحلة إجراء تحليل الفجوة لتحديد مدى عدم التطابق بين المشكلات الصحية المحددة والموارد المتاحة، كما تمت مقارنة احتياجات الرعاية الصحية المحددة الخاصة بالسكان بأنواع ومستويات وخصائص الموارد المتاحة في جميع أنحاء الولاية، وهكذا تمت مقارنة عدد أســرة المستشــفى المطلوبة للسكان بعدد الأسرة في العملية،

كما تمت مقارنة عدد الأطباء المطلوبين في مختلف فئات التخصص بمجموع الأطباء الحاليين، وتمت مقارنة مستوى الاحتياجات الصحية السلوكية بالموارد السلوكية الصحية المتاحة، وهلم جرا لكل فئة من الاحتياجات.

كان من المهم أن لا تتم دراسة العلاقة القائمة بين الاحتياجات والموارد فحسب ولكن أيضاً توقع هذه العلاقة في المستقبل، فإذا كانت الحاجة لخدمة معينة آخذةً في التناقص؛ يتعين دراسة التوافر المستقبلي لتلك الخدمة. والأهم من ذلك أنه إذا كانت هناك حاجة لخدمة ما آخذةً في الازدياد يصبح مدى ازدياد الخدمات المتاحة أمراً يتعين النظر فيه. وفي هذه الحالة عُثر على سبيل المثال أن الحاجة إلى الخدمات المتعلقة بالسكان المصابين بالإيدز والسكان المصابين بالزهايمر تتزايد بسرعة، وكانت كل المؤشرات تؤكد أن هذه الاحتياجات ستستمر في النمو في المستقبل. وعلى العكس من ذلك، كان هناك توسع محدود في الموارد المتاحة لتلبية هذه الاحتياجات، لذلك كان لابد من النظر في هذا النقص في عملية التخطيط.

تلخيص التحليل الأولي:

أصبحت هناك معلومات متاحة كافية لكي يتم عرضها في تقرير حالة الولاية لمختلف أصحاب المصلحة. وشمل هذا التقرير وصفاً شاملاً للبيئة المجتمعية، وتقرير حالة للمنظمات الرئيسية، وتقرير تقييم الحالة العامة للمجتمع أو منطقة السوق. وشمل تقرير الحالة أيضاً نقاط القوة والضعف والفرص والتهديدات التي تم تحديدها أثناء التحليل.

وتضمنت الاستنتاجات الرئيسية المستمدة من التحليل إلى هذه المرحلة ما يلي:

- يمكن اعتبار الحالة الصحية لسكان الولاية «طبيعية» على العموم.
- من ناحية أخرى، كان هناك عدد من المؤشرات التي انحرفت به الولاية سلباً عن المعدلات القومية.
- أمكن تحديد عدد من المجموعات الفرعية التي هي أقل بكثير من المعايير المقبولة للحالة الصحية.
- كان هناك عدد من القضايا التي تطلبت اهتماماً فورياً.
- تم تطوير موارد الرعاية الصحية في القطاع الخاص بشكل كبير (إلى حد الوصول إلى القدرة الزائدة).

- تم تطوير القطاع العام بشــكل سيئ على مستوى الولاية، كما أنه وفي الواقع بدا أن «شبكة الأمان» كانت متدهورة.

هذه الاستنتاجات المعممة دعمتها تفاصيل محددة لكل فئة من القضايا الصحية. كما أصبحت هذه الاستنتاجات الأساس الذي أنشئت عليه عملية تطوير الخطة لاحقاً.

تطوير الخطة:

إن ما بُذل من جهد حتى هذه المرحلة قد شكل أساساً للتطوير الفعلي للخطة، وإذا ما تم القيام بالعمل المبدئي بصورة صحيحة، فإن عملية التخطيط ستسير بشكل جيد، على الأقل من الناحية التقنية.

أجريت مراجعة لبيان الرســالة الذي تم إنشــاؤه في البداية، ومثلت هذه الخطوة فرصةً لإيضاح رسالة المنظمة قبل مواصلة العمل في عملية التخطيط.

تحديد الهدف العام (أو الأهداف العامة):

قام فريق التخطيط بتحديد عدة أهداف وذلك لكون التخطيط يتم بالنسبة للولاية بأكملها. كما تم وضع أهداف مستقلة لكل من المجالات التالية:

- الوصول إلى الرعاية الرئيسية.
- الصحة التناسلية.
- إدارة الأمراض المزمنة.
- الرعاية الصحية السلوكية.
- التثقيف الخاص بالأساليب المعيشية.
- رعاية كبار السن.
- إدارة مرض نقص المناعة/ الإيدز.

وبعــد أن تمت دراســة عدد من الأهــداف الإضافية تقرر أن هــذا الجهد الأولي المبذول في خطة الولاية ينبغي أن يركز على تلك القضايا التي تُعد الأكثر إلحاحاً.

وبهذا تم بيان كل من تلك الأهداف بصورة واضحة، ومن أمثلة ذلك تم بيان الهدف المرتبط بالقضايا التناسلية بأنه: إيجاد بيئة تعمل على تشجيع مستوى راق من الصحة التناسلية لجميع شرائح السكان بالولاية.

تحديد الأهداف الفرعية:

تم تحديـــد عدد مـــن الأهداف الفرعية لكل هدف عـــام، وكانت الأهداف الفرعية الخاصة بالهدف المتعلق بالقضايا التناسلية تتضمن ما يلي:

- تخفيض معدل الوفيات بين الأطفال من متوســـط الولاية البالغ اثنتي عشـــرة حالة وفـــاة لكل ألف حالة ولادة إلى تســـع حالات وفاة لـــكل ألف وذلك في غضون خمس سنوات.
- تخفيض نسبة الولادات المبتسرة من (١٨٪) إلى (١٢٪) في غضون ثلاث سنوات.
- تخفيض نســـبة الولادات التي تحدث بين المراهقين من (١٣٪) إلى (٩٪) في غضون ثلاث سنوات.
- تخفيض نســـبة الولادات التي تحدث بـــين غير المتزوجين من (٣٢٪) إلى (٢٠٪) في غضون ثلاث سنوات.

وقد تمت دراسة أي عوائق أمام تحقيق الأهداف المبينة وذلك لكل من هذه الأهداف. وفي هذه الحالة، وُجد على سبيل المثال أن عدم وجود برامج تثقيفية حول الممارسات الجنســـية تتاح لتلاميذ المدارس في المراحل المتنوعة سيشـــكل عائقاً كبيراً أمام الحد من ظاهرة حدوث الحمل بين المراهقين. وتم اعتبار أنه يمكن التعامل مع هذا العائق ولهذا تم الإبقاء على الهدف.

تحديد أولويات الأهداف:

وبمـــا أنه لم يكن من الممكن تحقيق جميع الأهداف المحددة في غضون فترة زمنية معقولـــة، فقد أصبحت عملية تحديد أولويات الأهداف أمراً ضرورياً. كما اتُفق على عدد من المعايير من أجل المساعدة على تحديد ترتيب الأولويات، ومن بين هذه المعايير ما يلي:

- ما القضايا الأكثر إلحاحاً - أي القضايا التي ستحدث عواقب وخيمة إن لم يتم حلها؟
- ما القضايا المحورية - أي القضايا التي تســـهم بشكل مباشر في تحقيق الرسالة أو الأهداف؟
- ما الأهداف التي تحقق أفضل عائد «للاستثمار» التخطيطي؟
- ما الأهداف التي يمكن تحقيقها بصورة أســـرع وأيســـر وبتكلفـــة أقل من الأهداف الأخرى؟

- ما الأهداف التي ستحقق النتائج الملموسة والمدركة بصورة أكبر؟
- ما الأهداف التي سيكون لها التأثير الأكثر دواماً و/أو يمكنها الحفاظ على نفسها بمرور الوقت؟
- ما الأهداف التي ستتضمن فوائد متعددة إذا ما تم تحقيقها؟

ومع وضع هذه المعايير في الحسبان، كان من الممكن استعراض الأهداف المتعددة وتحديد أولوياتها للمعالجة في خطة التنفيذ. وقد أجريت مناقشات للعواقب غير المتوقعة لتحقيق الأهداف المتنوعة، وتم التعامل مع أية عواقب سلبية محتملة. وهكذا تم تحديد عدد قليل من التأثيرات السلبية، إلا أنه في حالة الصحة التناسلية، كانت هناك بعض المخاوف تجاه الجهود الكبيرة في تنظيم الأسرة داخل أقليات سكانية معينة.

تحديد الإجراءات:

وبمجرد أن تم تحديد الأهداف، كانت الخطوة التالية هي تحديد الإجراءات اللازمة لتنفيذ الأهداف. كما تم تحديد عدد من الخطوات الإجرائية لكل هدف. فلكي يتم تحقيق الهدف المتمثل في الحد من وفيات الرضع، على سبيل المثال، شملت الإجراءات التي تم تحديدها ما يلي.

- إطلاق حملة ترويجية للتشجيع على الممارسات الصحية الجيدة أثناء الحمل.
- إنشاء برامج مدرسية تعلم أنماط الحياة الصحية قبل الحمل وأثنائه وبعده.
- تجهيز مواد لتوزيعها على المنظمات والنوادي، والمجموعات الأخرى التي تتواصل مع النساء المعرضات لمخاطر مرتفعة.
- عرض حوافز مالية ومثبطات تثني النساء غير المتزوجات عن الولادات مرة أخرى.
- وضع نظام رصد للتأكد من أن جميع النساء الحوامل يحصلن على التغذية الكافية أثناء الحمل.

تنفيذ الخطة:

وكما هو الحال في كثير من الأحيان، تبين أن تنفيذ الخطة يمثل تحدياً أكبر من وضعها. فعلى الرغم من أن مكتب التخطيط الصحي والتنمية لديه سلطة لتنفيذ بعض الإجراءات وللتأثير في تصرفات بعض الكيانات الأخرى، فإنه لم يكن لديه

الكثيـــر من النفوذ مع غالبية منظمات الرعاية الصحيـــة بالقطاع الخاص، ولهذا كان التركيز في تطوير خطة التنفيذ ينصب على تلك الأنشطة التي كان من المرجح أن يكون لمكتب التخطيط الصحي والتنمية أكبر قدر من السيطرة.

لقد تضمنت الخطوة الأولى في تنفيذ الخطة تطوير خطة للمشروع. وكانت خطة المشـــروع التـــي تم تطويرها في الأســـاس من أجل عملية التخطيـــط قد تم تمديدها لتشـــمل مرحلة التنفيذ. وبينت تسلســـل الأحداث التي يجب أن تحدث كما أنشـــأت المسار الضروري لتحقيق كل هدف.

وعـــلاوةً علـــى ذلك، تم تكويـــن مصفوفة تنفيذ باســـتخدام ورقـــة عمل أوضحت الأشـــخاص وما الذي يتعـــين عليهم القيام به والأوقات الخاصـــة بذلك. كما أدرجت المصفوفـــة كل الإجراءات التي دعت إليها الخطة، وقســـمت كل إجراء إلى مهام. وتم تحديد الطرف المســـئول لكل إجراء أو مهمـــة، بالإضافة إلى أي من الأطراف الثانوية التي ينبغي أن تشارك في هذا النشاط. وأوضحت متطلبات الموارد (من حيث أوقات العاملين والأموال وغيرها من المتطلبات) وكذلك تواريخ بداية ونهاية كل نشاط. وأخيراً تم تأسيس معايير سمحت لفريق التخطيط بتحديد وقت الانتهاء من النشاط.

وسائل التنفيذ:

تنـــاول اثنين من الاعتبارات المهمة في الإعداد لتنفيذ الخطة الحاجة إلى مزيد من الاتصـــالات الداخلية الفعالة والحاجة إلى بذل جهد منســـق لمعالجة القضايا في بيئة الرعاية الصحية على مســـتوى الولاية. واشـــتمل المكون الرئيسي للتنفيذ على تطوير آليات اتصال داخلي بين المؤسسات المختلفة في الولاية. وشمل هذا المؤسسات المرتبطة بشكل مباشر بالقضايا الصحية وكذلك المؤسسات الأخرى التي كان لها بعض المشاركة غير المباشرة (مثل السلامة المرورية، وتعاطي المخدرات). وكان القصد هنا التأكد من أن جميع الأطراف كان لديها معلومات كافية حول الاحتياجات والموارد والمعلومات التي تدفقت بشكل انسيابي من أي عنصر بحكومة الولاية إلى العناصر الأخرى.

اعتمـــدت خطة التنفيذ هذه اعتمـــاداً كبيراً على أنظمـــة المعلومات داخل حكومة الولايـــة. ومع ذلـــك، لم يكن من قبيل المفاجـــأة أن نظـــام إدارة المعلومات الحالي لم يستطع دعم هذه المبادرة بشكل كاف، مما أدى إلى البدء في دراسة جدوى حول أنظمة المعلومات بين الإدارات التي من شـــأنها أن تساعد على تحقيق عدد من الأهداف إلى جانب التواصل حول قضايا الرعاية الصحية.

تضمنت مبادرة التنفيذ الأخرى تطوير علاقات أكثر رسمية مع مؤسسات من خارج حكومة الولاية، بما في ذلك مزودي الخدمات بالقطاع الخاص. وتم البدء في هذا الأمر من خلال فترة من المناقشات العامة أو مرحلة من «التعرف»، تليها محاولات أكثر رسمية لمشاركة البيانات وتنسيق الأنشطة. وكان الهدف النهائي هو وضع نظام على مستوى الولاية للرعاية العامة/الخاصة والتي أكدت عدم وجود أية ثغرات في توفير الخدمات إلى أي شريحة من السكان.

خطة التقييم:

شهدت المراحل الأولى من عملية التخطيط رسم الخطوط العريضة لخطة التقييم التي تضمنت كلاً من تقييم العملية والمحصلة. كما أن طاقم عمل الدعم الفني للمشروع كانوا يرصدون وباستمرار الأنشطة التي كانت تحدث وقدموا تقارير بشكل منتظم عن مدى التزام العملية بالجدول الزمني وكذلك المعايير المختلفة الخاصة بالعملية التي تم الوفاء بها.

استُخدمت الأهداف التي أنشئت خلال تطوير الخطة بصفتها معايير للنتيجة النهائية، كما أن مدة تحقيق هذه الأهداف كان المقياس النهائي للنجاح. ومع هذا، وبما أن معظم الأهداف قد دعت إلى إطار زمني من ثلاث إلى خمس سنوات، كان من الضروري تقييم مدى نجاح الفريق في الوصول إلى الأهداف المرحلية. ولهذا، استخدم طاقم العمل التقني خطة المشروع ومصفوفة التنفيذ باعتباره أساساً لتقييم التقدم المرحلي. ولم يمثل هذا التقييم المتواصل مصدراً منتظماً للمعلومات للأشخاص المشتركين في التخطيط فحسب، ولكنه شجع أيضاً الأشخاص القائمين على تنفيذ الخطوات المختلفة على العمل على وجه السرعة.

المراجعة وإعادة التخطيط:

من غير المرجح أن تكتمل خطة صحية دون أن يتم تعديلها بصورة أو أخرى؛ لذا فإن هذا النوع من المراجعة «المتعجلة» حتمي في بيئة سريعة التغير. ستكون هناك دائماً تطورات تحدث بشكل متوال للبدء في التخطيط والتي ستؤثر في الخطة أو على طريقة تنفيذها. ويمكن أن تتاح معلومات إضافية خلال سير الخطة. كما أن الأطراف المختلفة قد تتخذ خطوات وسط توقعات بالخطة التي يكون لها تأثيرات في العملية وتنفيذ الخطة. ويمكن أن تحدث تطورات من شأنها أن تؤثر في متطلبات الموارد.

يتعين عادةً إعادة النظر في كل مكون بعملية التخطيط مع التفكير في هذه الأمور. كما ينبغي إعادة النظر في جميع الافتراضات إلى جانب بيان الرسالة. ويجب تحديث البيانات القاعدية لكي تفسر وجود فارق زمني منذ القيام بالبدء في عملية التخطيط. ويجب مراجعة الإستراتيجية التي تم اختيارها من أجل تحديد ما إذا كانت ما تزال النهج الأفضل في ظل التغيرات المحتملة في البيئة. فعلى سبيل المثال، هل فشلت الإستراتيجية التعاونية التي تم اختيارها جراء حركة تغيرات غير متوقعة بين كبار المسئولين؟ ينبغي إعادة النظر في الأهداف العامة والأهداف الفرعية من أجل التأكد من أنها ما تزال مناسبة في ظل أية تغيرات في البيئتين الداخلية أو الخارجية.

الملحق IB
مبادرة التخطيط الصحي المجتمعي

نظرة عامة:

لقد أنشأت حكومة مقاطعة مترو إدارة السياسة الصحية وهي المكلفة بتنسيق تقديم الرعاية الأولية للسكان المعوزين طبياً داخل المقاطعة. ولكي تقوم الإدارة بمهمتها، فقد استلزم الأمر وجود خطة للإجراءات؛ لذا فقد شرع موظفو إدارة السياسة الصحية في عملية من شأنها أن تسمح لتطوير نهج شامل من أجل تلبية احتياجات الرعاية الصحية الخاصة بالمعوزين طبياً داخل المجتمع، وحيث إن «المعوزين طبيا» تم تعريفهم في بيان الرسالة التابع للإدارة بأنهم المسجلون في برنامج المساعدة الطبية «ميديكيد»، وأنهم الذين ليس لهم أي شكل من أشكال التأمين الصحي، وأنهم أولئك الذين لا يوفر لهم التأمين مستوى تغطية كافية، فإن هذه الشرائح السكانية مثلت الهدف لمبادرة التخطيط.

التخطيط للتخطيط:

كانت الخطوة الأولى في التخطيط للتخطيط تتمثل في تحديد مختلف مؤسسات القطاع العام التي شاركت في توفير الخدمات الصحية للمعوزين طبياً. وقد تم تحديد الأفراد الرئيسيين المشاركين مع هذه المنظمات وطلب المشاركة منهم. كما تم تحديد أية منظمات في القطاع الخاص كانت توفر الخدمات الصحية للمعوزين طبياً. ومن أمثلة ذلك المستشفيات التي وفرت مستوىً مهماً من الرعاية الخيرية، إلى جانب العيادات الصحية المجتمعية، وكبرى مراكز الصحة العقلية المجتمعية، إلى جانب آخرين. وقد تم تحديد الأطباء الذين يخدمون السكان المعوزين في المقام الأول كذلك.

أنشئت إدارة السياسة الصحية فرقة عمل للتخطيط شارك فيها ممثلون من المجموعات المذكورة أعلاه. كما تم تكليف شخصين من طاقم العمل في إدارة السياسة الصحية بتقديم الدعم الفني إلى فريق العمل. وتم العثور على خبير في بحوث الخدمات الصحية في المجتمع وتم تعيينه مستشاراً لتوفير الرقابة الخارجية للمشروع. وقد استعرض فريق العمل بيان الرسالة الخاص بإدارة السياسة الصحية، وأنشأت مخططاً للعملية التي يتعين اتباعها خلال مبادرة التخطيط، وقامت بتكليفات أولية إلى اللجان الفرعية، ووضعت جدولاً زمنياً مؤقتاً لعملية التخطيط.

تجميع المعلومات الأولية:

وعلى الرغم من أن بعض المعلومات الأولية قد تم تجميعها قبل إنشاء فريق العمل، تم الشروع في مرحلة أخرى من تجميع المعلومات بمجرد تأسيس فريق العمل. كان فريق العمل نفسه مكاناً مناسباً للبدء، وذلك لأنه مثل المستفيدين الرئيسيين فيما يتعلق بالمعوزين طبياً. وقد حددت المقابلات التي جرت مع أعضاء فريق العمل العديد من القضايا الرئيسية ومثلت الأساس لوضع المخطط الذي يتعين استخدامه في إجراء مقابلات مع أعضاء آخرين في المجتمع.

وقد أظهرت الجولة الأولى من المقابلات أنه (١) لم يتم إدراج بعض كبار المسئولين في القطاع العام. (٢) كانت هناك مشاركة أكبر من جانب القطاع الخاص في التعامل مع هذه الفئة من السكان مما كان يُعتقد في السابق. (٣) العديد من الفئات السكانية غير المحصنة غير ممثلة في فريق العمل؛ لذا فقد اتخذت خطوات للحصول على مدخلات من ممثلين عن كل من هذه الفئات من أجل صياغة فهم فريق العمل للقضايا.

كما تضمنت عملية تجميع البيانات الأولية استعراضاً لما هو موجود بالفعل من تقارير ودراسات وورقات تقنية معدة مسبقاً. وقد استفاد المستشفى العام والإدارة الصحية على حد سواء في السابق من الاستشاريين في أوقات مختلفة في الماضي، وقد تم الحصول على هذه التقارير. كما أجريت عمليات المراجعة المالية على معظم المنظمات الرئيسية من وقت إلى آخر، وتم الحصول على هذه المعلومات كذلك. وكانت الإدارة الصحية قد تقدمت بطلب للحصول على العديد من المنح، وكانت البيانات المشمولة في هذه التطبيقات مفيدةً للغاية. وتم الحصول على معلومات من عدة تطبيقات لشهادة الحاجة والتي تقدمت بها المستشفيات العامة للولاية. وقد أجرت الجامعة المحلية، من خلال برنامجها الخاص بإدارة الرعاية الصحية، عدداً من الدراسات حول هذه الفئة من السكان والتي أظهرت معلومات أساسية مفيدة.

وفي الوقت نفسه، بُذلت جهود من أجل تحديد أي من قواعد البيانات الحالية تخص النظام الصحي المحلي بشكل عام وتخص السكان المعوزين طبياً على وجه الخصوص. وقم تم التعرف على توافر البيانات من المستشفى العام، والإدارة الصحية بالولاية، ودور رعاية كبار السن المفتوحة للعامة، وغيرها من منظمات الرعاية الصحية المحلية. كما تم تحديد أي مصادر بيانات احتفظت بها الجامعات المحلية، بالإضافة

إلى البيانات المتوفرة من العيادات المجتمعية ومراكز الصحة العقلية. وقد أجريت اتصالات مع المكاتب المحلية لبرنامج المساعدة الطبية «الميديكيد»، وبرنامج قسائم الطعام، ومؤسسة الرعاية بالولاية، وبرنامج التغذية بالولاية للحصول على معلومات. أجريت أيضاً اتصالات مع مؤسسات على مستوى الولاية مثل الإدارة الصحية، وإدارة خدمات الأطفال، ومؤسسات الرصد البيئي، ومؤسسات أخرى ذات صلة لتحديد أنواع البيانات التي يمكنها إتاحتها. وبعدها قام طاقم العمل التقني بفريق العمل بتجميع البيانات من هذه المصادر ومعالجتها وتحليلها.

ونتج عن هذه الجولة الأولية من تجميع المعلومات إلى استخلاص استنتاجات عديدة، كما بين فريق العمل، لم تمثل بشكل كاف مختلف المستفيدين في هذه العملية، وتم توسعتها فيما بعد. كما تبين أن هذه العملية ستتم عرقلتها بشكل خطير بسبب عدم وجود بيانات موثوقة حول السكان المستهدفين، وتم تجميع موارد إضافية للبحوث الأولية. كما تقرر أن هناك ما بين ثلاث إلى خمس منظمات تقوم على إدارة معظم المعوزين طبياً، وأنه يجب على مبادرة التخطيط أن تركز على هذه المنظمات.

كما كان من الممكن أيضاً بيان بعض الافتراضات الأساسية في هذه المرحلة، وبعضها كان مستمداً من الاستنتاجات الأولية المذكورة أعلاه.

- يبدو أن هناك موارد كافية لتلبية الاحتياجات الأساسية للمعوزين طبياً، إلا أن هذه الموارد لم يتم توظيفها بشكل كفؤ.
- يتعين تشكيل قدرات إدارة المعلومات لكي تكون العملية فعالة.
- من غير المرجح أن تلعب منظمات القطاع الخاص دوراً ذا مغزى في التخطيط لاحتياجات المعوزين طبياً.
- إن اللوائح والإجراءات على مستوى الولاية والفيدرالية التي هي خارجة عن سيطرة المجتمع المحلي ستكون عاملاً رئيسياً في القدرة على التخطيط لهذه الفئة من السكان.
- سيكون مسار العمل الأكثر فعالية هو التركيز على المنظمات الرئيسية التي تخدم السكان المستهدفين.

سيتم بطبيعة الحال إعادة النظر في هذه الافتراضات خلال سير العملية، إلا إنها سمحت ببعض المؤشرات الأولية لتوجيه مبادرة التخطيط التي سيتم إعدادها. أصبح فريق العمل الآن في وضع يمكنه من الشروع في أنشطة أكثر رسمية لتجمع البيانات.

تجميع البيانات القاعدية:

اشـــتملت الخطوة الأولى في عملية تجميع البيانات الرســـمية على التقييم البيئي. وبما أنها كانت مبادرة محلية، كانت الحالات والتطورات على المستوى القومي ومستوى الولاية أقل أهميةً مما ســـتكون عليه بالنســـبة لأنواع أخرى من التخطيط. ومع ذلك، فإن فريق العمل تطلب معرفةً ذات اتجاهات مختلفة على الصعيد القومي وعلى صعيد الولاية.

جرى استعراض اتجاهات مجتمعية واسعة وتم النظر في آثارها في البيئة المحلية. وشـــملت هذه الاتجاهات الديموغرافية، والاعتبـــارات الاقتصادية، واتجاهات أنماط الحيـــاة، والاتجاهات الخاصة بموقف المســـتهلك. كما تم تحليـــل اتجاهات الصناعة الصحية لتحديد أية تطورات من المحتمل أن تؤثر في المجتمع المحلي. وشـــملت هذه الاتجاهات تلك الخاصة بالسداد والنهج المتغير لأنظمة التسليم بالقطاع العام.

كانـــت التطورات التنظيمية والسياســـية والقانونيـــة ذات أهمية خاصة، وذلك لأن غالبية المواطنين الذين أجري التخطيط من أجلهم كانوا مسجلين في برنامج المساعدة الطبية «ميديكيد». أما على المســـتوى الفيدرالي وعلى مســـتوى الولاية، تعين دراسة التطورات التنظيمية المحتملة. وكانت اتجاهات ســـداد خدمات المساعدة الطبية ذات أهميـــة خاصـــة. وكان من المهم أيضاً تحديد أي اتجاهات في التمويل على المســـتوى الفيدرالي أو على مستوى الولاية للسكان المستهدفين (مثل الذين لا مأوى لهم، والفقراء العاملين) والتي قد يكون لها آثار مترتبة في مبادرة التخطيط المحلي.

إن هذا الاستعراض للاتجاهات الاجتماعية والسياسية والاقتصادية، والتكنولوجية التي تؤثر في البيئة كان بمثابة نقطة انطلاق لبحوث أساســـية لاحقة، ويمثل الســـياق الذي يمكن أن تصاغ معرفة إضافية وفقاً له.

تكوين صورة عامة لمنطقة الخدمة وسكانها:

تعين تحديد خصائص المجتمع باعتباره جزءاً من التقييم البيئي. وقد ركز التحليل في البداية على المجتمع بأكمله ثم اســـتهدف المعوزين طبياً. فيما يلي فئات البيانات التي تم جمعها.

- الخصائص الديموغرافية:

التوزيع العمري.

توزيع الجنس.
التوزيع العرقي / الإثني.
- الخصائص الاجتماعية الثقافية:
الحالة الاجتماعية.
خصائص الأسرة.
توزيع الدخل.
المستوى التعليمي.
الخصائص المهنية.
خصائص المجال.
الخصائص السيكوغرافية.
- خصائص تمويل:
فئات الدافع.
التغطية التأمينية.
- الاتجاهات:
التصورات.
التفضيلات.
التوقعات.

تم الحصول على غالبية هذه المعلومات من مصادر ثانوية للبيانات. كما استُخدمت بيانات مكتب الإحصاء في تكوين صورة عامة ديموغرافية واجتماعية ثقافية للمجتمع بشكل عام والسكان المتأثرين بشكل خاص، وقد دعمتها بيانات أنشأتها جهات بيع البيانات التجارية. وقد تم تجميع البيانات الخاصة بخليط الدافعين بالسكان المقيمين من عدة مصادر وذلك من أجل تكوين صورة عامة للتوزيع السكاني بين التأمين التجاري والتأمين الحكومي والفئات غير المؤمن عليها. وقد تكررت هذه العملية نفسها بالنسبة لمناطق داخل المدينة فقد اتصفت بوجود تركيزات للمعوزين طبياً. وقد أدرك المخططون أثناء هذه العملية أن هناك فجوات كبيرة في المعرفة المتاحة فيما يتعلق بخصائص المعوزين طبياً.

وحتى في هذه المرحلة المبكرة، أمكن الوصول إلى بعض الاستنتاجات فيما يتعلق بعملية التخطيط. أولاً: عُثر على أن مكان تواجد السكان المحتاجين طبياً يتغير

فأصبح أقل تركيزاً وأكثر انتشاراً بين السكان «الطبيعيين». ثانياً: وُجد أن المعوزين طبياً لم يكن لديهم الخصائص التقليدية المرتبطة بالسكان بشكل تاريخي، إذ كانوا أكثر شبهاً بالسكان على العموم مما كان يُعتقد. ثالثاً: وُجد أن مدى الاحتياج الطبي أكثر انتشاراً مما كان يُعتقد في السابق، وتحديداً عندما تعلق الأمر بالعمال الفقراء الذين لم يستفيدوا من التأمين الخاص أو من برنامج المساعدة الطبية «ميديكيد».

تحديد الحالة الصحية:

تمثلت الخطوة التالية لإنشاء خط قاعدي للمعرفة في دراسة الحالة الصحية للمجتمع والسكان المستهدفين. وقد تم تجميع معلومات حول أنماط الخصوبة داخل المجتمع وخصائص نسبة المراضة الخاصة به ومستوى معدل الوفيات. كانت هناك بعض البيانات المتصلة بالثلاث فئات التي قدمتها الإدارة الصحية بالمقاطعة، وقد أضيفت إليها بيانات من الإدارة الصحية بالولاية. كانت بيانات الخصوبة ومعدل الوفيات يسهل الحصول عليها إلى حد ما؛ لأن هذه البيانات يتم تجميعها بشكل رسمي من جانب الإدارة الصحية.

من ناحية أخرى، كان الحصول على البيانات الخاصة بنسبة المراضة أمراً أكثر صعوبة. وباستثناء تجميع الإدارة الصحية لبيانات حول بعض الأمراض التي يتعين الإبلاغ عنها، لم يكن هناك مصدر منظم للبيانات حول نسبة المراضة. وقد تم التعامل مع هذا الموقف من عدة زوايا مختلفة اشتملت أولاها على تجميع بيانات من تلك المنظمات التي كانت أكثر تغلغلاً في السكان. وقد تم الحصول على بيانات من المستشفى العام والإدارة الصحية أوضحت أنماط التشخيصات التي يتصف بها المرضى من السكان إلى جانب أنماط الإجراءات المتبعة مع عملائهم. كما أتيحت أيضاً معلومات من بعض العيادات داخل المجتمع ومراكز الصحة العقلية التي تخدم السكان. وقد نتج هذا الأمر عن بعض البيانات الفعلية التي يمكن من خلالها البدء في فهم الصورة العامة لمعدل الوفيات.

اشتمل النهج الثاني في الحصول على البيانات من المركز القومي للإحصاءات الصحية والتي بينت استناداً إلى بيانات الاستقصاء القومي أنماط الحالات الصحية التي تتصف بها الشرائح السكانية ذات السمات المتنوعة. وقد أمكن استخدام البيانات الناتجة عن هذا الاستقصاء في تقدير الصورة العامة لنسبة المراضة للسكان المستهدفين. وقد أمكن من خلال دراسة معدلات الانتشار الخاصة بالسكان الذين لهم

خصائص محددة تتعلق بالعرق أو الدخل أو السن أن يتم تكوين صورة عامة «بديلة» لحالة نسبة المراضة للسكان.

هناك نهجٌ ثالثٌ اشتمل على إدارة مسح عينة داخل السكان المستهدفين. وأجريت مقابلات مع المشاركين من أكثر من (٥٠٠) أسرة في محاولة للحصول على المزيد من الفهم «الأساسي» للمشكلات الصحية التي تواجهها هذه الفئة من السكان. أحدثت هذه البحوث الأولية تباطأً يمكن فهمه في عملية التخطيط إلا أنه تبين أنها توفر بيانات لا تقدر بثمن لهذا المشروع.

تمت محاولة تطبيق بعض المناهج الأخرى إلا أنها حققت نجاحاً محدوداً. وقد تم استعراض بيانات معدل الوفيات لمعرفة ما إذا كان بالإمكان استخدام سبب الوفاة على أنه مؤشر جيد في تحديد نسبة المراضة لعدد السكان، إلا أن هذا الأمر تبين عدم جدواه. وقد أجريت محاولة للحصول على بيانات من ملفات برنامج المساعدة الطبية «ميديكيد» بالولاية والتي تعلقت بلقاءات مع السكان المستهدفين. إلا أنه اتضح أنها عملية معقدة وتم التخلي عنها.

قدمت عملية تجميع البيانات الخاصة بالوضع الصحي بعض الاستنتاجات الإضافية للمساعدة على توجيه عملية التخطيط. وأول هذه الاستنتاجات هو أن السكان المستهدفين لم يكونوا خارج التيار الرئيسي للطب كما كان يُعتقد في السباق، إذ تمكن معظم من هم معوزين طبياً من الحصول على الرعاية الطبية الأساسية؛ إلا أن الفقراء العاملين الذين ليس لهم تغطية تأمينية ولم يكونوا تابعين لبرنامج الميديكيد، كانوا هم الاستثناء لأن قدرتهم على الحصول على الرعاية كانت محدودة. ثانياً، كانت المشكلات التي اتصفت بها هذه الفئة من السكان مختلفةً قليلاً عن تلك الخاصة بعامة السكان. ثالثاً، تم التأكيد مجدداً على أن العديد من المشكلات الصحية القائمة تعكس وجود عوامل غير معنية بالصحة في البيئة. كما أن المشكلات الصحية الناجمة عن ظروف الإسكان وعوامل التغذية والجريمة والعنف وتعاطي المخدرات كانت أكثر أهميةً في هذه الفئة من السكان.

السلوك الصحي:

بينما تم تحديد أنماط عامة من السلوك الصحي، ركزت البحوث على تلك المؤشرات من السلوك الصحي الأكثر ارتباطاً بالسكان المستهدفين. وتمت دراسة الأنواع التالية من السلوك الصحي في العملية البحثية.

- إدخالات المرضى الداخليين:

إدخالات المستشفيات.

إدخالات دور رعاية المسنين.

إدخالات مراكز العلاج السكني.

إدخالات منشآت الصحة العقلية.

- زيارات المرضى الخارجيين:

زيارات المرضى الخارجيين في المستشفى.

زيارة غرفة الطوارئ في المستشفى.

زيارات عيادات الأطباء.

زيارات العيادات السريرية الأخرى.

زيارات الرعاية العاجلة.

زيارات المراكز التشخيصية.

زيارات المراكز الجراحية.

زيارات مراكز الصحة العقلية.

- استخدام الخدمات الأخرى:

زيارات الصحة المنزلية.

علاجات العلاج الطبيعي.

زيارات العلاج البديل.

- الإجراءات المتبعة:

استُخدمت مصادر البيانات نفسها كما هو الحال بالنسبة للوضع الصحي. كما تم الحصول على بيانات استخدام المستشفى العام والإدارة الصحية والعيادات المجتمعية التي تحتفظ بسجلات جيدة. وفي هذه الحالة، تم الحصول أيضاً على البيانات من مقدمي الخدمات من القطاع الخاص، ولاسيما المستشفيات، لتحديد أنماط السلوك الصحي للمعوزين طبياً ضمن سياق المجتمع ككل. وكانت البيانات التي تم جمعها من خلال مسح العينة لا تقدر بثمن في هذا الصدد، إذ إنها أظهرت الكثير عن الخدمات التي يستعملها المعوزون طبياً ولماذا يستعملونها؛ كما تم مجدداً تطبيق البيانات غير

المباشرة استناداً إلى استطلاعات المركز القومي للإحصاءات الصحية من أجل تكوين صورة عامة عن استخدام الخدمات.

من النتائج الرئيسية لهذا البحث أن المعوزين طبياً كانوا أكثر شبهاً بالعامة في أنماط الاستفادة مما كان يُعتقد في السابق. كما أن الأكثرية كانت تفضل أطباء القطاع الخاص إذا ما تيسر لهم ذلك، وبدا أن هناك تراجعاً في الاعتماد على المصادر العامة للرعاية الصحية. إن الاختلافات التي عُثر عليها في السلوك الصحي (مثل زيادة استعمال غرف الطوارئ) عكست قضايا تتعلق بإمكانية الوصول أكثر من التفضيلات. وكان هناك استنتاج ثان من البحوث الأولية الذي أكد بأن هذه الفئة من السكان كانت أقل تركيزاً على الوقاية من عامة السكان، وفي حين كانت تطلعاتهم مماثلة لتلك التي تخص عامة السكان، فإن مخاوفهم من السلوك الصحي الشخصي بدا أنها تتلاشى.

حصر الموارد المجتمعية:

كانت هناك حاجة إلى تحديد عدد من فئات الموارد المجتمعية وحصرها. وشملت هذه الفئات منشآت ومعدات الرعاية الصحية إلى جانب برامج وخدمات الرعاية الصحية، وموظفي الصحة، وخيارات التمويل، وغيرها. ومن أمثلة مكونات كل فئة تم تحديدها ما يلي.

- منشآت الرعاية الصحية:
  - المستشفيات.
  - دور رعاية كبار السن.
  - عيادات الأطباء.
  - العيادات المجتمعية.
  - العيادات السريرية غير المرتبطة بالأطباء.
  - مراكز العلاج الداخلية.
  - منشآت العيش بمساعدة (والوحدات السكنية الأخرى لكبار السن).
  - منشآت الصحة العقلية.
  - مؤسسات الصحية المنزلية / دور المحتضرين.
  - مراكز الرعاية العاجلة.

مراكز التشخيص المستقلة.

المراكز الجراحية المستقلة.

المراكز العلاجية المتخصصة (مثل إدارة الألم).

- معدات الرعاية الصحية:

المعدات الطبية الحيوية.

تكنولوجيا المعلومات.

معدات خدمات الطوارئ.

- موظفو الصحة:

الأطباء.

الممرضات.

الممرضات السريريات، مساعدي الأطباء، ومعاوني الأطباء الآخرين.

أطباء الأسنان.

أخصائي البصريات.

أطباء الأطفال.

معالجو تقويم العمود الفقري.

المختصون في مجال الصحة العقلية.

معالجو إعادة التأهيل (مثل أخصائي العلاج الطبيعي، ومعالجي النطق).

موظفو الدعم الإكلينيكي (مثل تقنيي الأشعة).

موظفو الدعم الإداري (مثل فنيي السجلات الطبية).

معالجو الطب البديل.

البرامج والخدمات.

برامج/خدمات المرضى الداخليين.

برامج/خدمات العيادات الخارجية بالمستشفى.

برامج/خدمات رعاية القادرين على السير (المرضى الخارجيين).

خدمات الرعاية طويلة الأجل.

الخدمات المستندة إلى المجتمع المحلي.

الخدمات الصحية المنزلية.

- مصادر التمويل:

التأمين التجاري (بما في ذلك الرعاية المدارة).

ميديكير (بما في ذلك منظمات المحافظة على الصحة التابعة لبرنامج ميديكيد).

برنامج ميديكيد.

البرامج الأخرى الممولة اتحادياً (مثل إدارة المحاربين القدامى).

مصادر التمويل بالولاية (مثل خدمات الصحة العقلية).

مصادر التمويل المحلية (مثل دعم المستشفيات العامة).

- الشبكات والعلاقات:

التحالفات الرسمية بين المستشفيات.

أنظمة التوصيل المتكاملة.

شبكات المزودين.

المنشآت التي تديرها السلاسل (مثل المستشفيات ودور المسنين).

العلاقات التعاقدية.

كانت جميع هذه المكونات مهمة بطريقة أو بأخرى، وكان لأي واحد منها تأثير كبير في النظام. وتعين على وجه الخصوص تحديد مدى إتاحة هذه المكونات للمعوزين طبياً.

تقييم الوضع الصحي وموارد الرعاية الصحية:

وقد أمكن تقييم احتياجات وموارد المجتمع وحصرها بمجرد أن تم التعرف عليها. وتم التفكير في عدد من الأساليب لإجراء هذا التقييم وتم اختيار أسلوب تحليل الفجوات للتقييم الأولي. كما عُقدت مقارنة بين احتياجات السكان المستهدفين التي تم تحديدها والخدمات المتاحة. ونتيجة لهذه العملية تم تحديد عدد من الفجوات. وشملت ما يلي:

- عدد الممارسين المطلوبين لخدمة السكان المعوزين طبياً كان أكبر بكثير مما كان متاحاً من مقدمي الخدمات في الوقت الحالي.
- إن المزودين الذين يخدمون المعوزين طبياً في المقام الأول كانت مواقعهم غير جيدة فيما يتعلق بالتوزيع السكاني الحالي لهذه الفئة من السكان.

- كانت الخدمات المقدمة من قبل مزودي القطاع العام الذين كانوا يخدمون هذه الفئة من السكان لا تتناسب مع الاحتياجات الحالية للسكان.
- إن النماذج التقليدية لخدمة هذه الفئة من السكان (مثل الصحة العامة والتوعية) لم تعد تتواكب مع احتياجاتها.
- كان الوصول إلى الرعاية، وليس القدرة على الدفع مقابل استخدامها، يمثل عائقاً رئيسياً.

ولمزيد من المساعدة في هذا التحليل، تم إنشاء مؤشر الحالة الصحية للمجتمع بأكمله، وقد وُضع رقم قياسي لكل رمز بريدي وكل وحدة مساحية إحصائية داخل المقاطعة وذلك باستخدام عدد من المؤشرات المختلفة للحالة الصحية. سمح مؤشر الحالة الصحية بتحديد مقدار الاحتياجات التي لم يتم تلبيتها والتي تتصف بها شرائح مختلفة من المجتمع. كما أنه عمل أيضاً على أنه أساس لتحديد الأولويات وفي نهاية المطاف لتقييم نجاح مبادرة التخطيط.

تلخيص التحليل الأولي:

أصبح هناك الآن ما يكفي من المعلومات المتاحة لتقديم تقرير عن حالة المجتمع. وشمل هذا التقرير وصفاً شاملاً للمجتمع وللسكان المعوزين طبياً. وشمل تقرير الحالة هذا أيضاً استعراضاً لما يخص النظام المحلي من نقاط القوة والضعف والفرص والتهديدات التي تم تحديدها أثناء التحليل. وشملت «بيان قضايا» استناداً إلى نتائج التحليل حتى هذه المرحلة.

أمكن التوصل إلى عدد من الاستنتاجات في هذه المرحلة، والتي أفادت أنشطة التخطيط اللاحقة. وشملت هذه الاستنتاجات ما يلي.

- إن السكان المعوزين طبياً اختلفوا بكثير في الوقت الحالي عما كانوا عليه في الماضي.
- إن خصائص المعوزين طبيا آخذةٌ في التغير، وأن هذه الفئة من السكان أظهرت عدداً قليلاً من الصفات النمطية المرتبطة بشكل عام بهذه المجموعة.
- إن أماكن تواجد المعوزين طبياً كان يتغير مع مرور الوقت، مما أدى إلى عدم تطابق بين مواقع مقدمي الخدمات وتركيزات المعوزين طبياً.
- إن المعوزين طبياً أصبحوا أكثر تشابهاً بعامة السكان مع مرور الوقت من حيث الخصائص المتعلقة بصحتهم.

- إن العديد من القضايا الأكثر أهمية والتي تتعلق بالمعوزين طبياً اشتملت على الفئات السكانية العرقية الناشئة حديثاً التي لم يتم دمجها في نظام الرعاية الصحية.
- كان عدم إمكانية الوصول هو الذي يمثل عقبةً رئيسيةً أمام الحصول على الرعاية الكافية، وليس التمويلات أو وسائل التنقل أو المعرفة أو أي من التفسيرات التقليدية الأخرى.
- في حين أن الموارد المتاحة لهذه الفئة من السكان ليست كافية بشكل تام، يمكن لنظام أكثر تنسيقاً أن يزيد من الموارد المتاحة بكثير.
- سيكون من المهم جداً نقل الخدمات الصحية إلى هذه الفئة من السكان، من الناحية الاجتماعية والجغرافية على حد سواء.

وعند هذه المرحلة نظر المخططون في أهمية وضع إستراتيجية من شأنها أن ترشد ما تبقى من عملية التخطيط. فتقرر أن يتم استعمال نهج نظام توصيل متكامل في محاولة لتحسين كفاءة تقديم الخدمات الصحية لهذه الفئة من السكان. وقد ينطوي ذلك على تكامل وظائف الصحة العامة المختلفة تحت مظلة واحدة وتطوير روابط حاسمة مع مقدمي الخدمات من القطاع الخاص. وعلاوة على ذلك، تقرر وجوب تضمين عنصر التوعية المكثفة من أجل إيصال الخدمات الصحية إلى السكان وفي الوقت نفسه تحديد الأفراد أو المجموعات التي تتساقط من خلال الشقوق في النظام.

تطوير الخطة:

إن ما بُذل من جهد إلى هذه المرحلة قد شكل الأساس للتطوير الفعلي للخطة. لقد تم استعراض بيان الرسالة الأصلية الخاصة بإدارة السياسة الصحية، وكان هناك شعور بأن النهج المتبع يتواكب مع تلك الرسالة.

أصبح الآن من الممكن دراسة الهدف أو الأهداف المناسبة للمنظمة. وفي هذه الحالة، اشتمل الهدف على تطوير نظام تسليم أكد أن جميع قطاعات السكان المعوزين طبياً أمكنهم الوصول بشكل كاف إلى الرعاية الصحية الأساسية.

وقد أنشئ عدد من الأهداف الفرعية لهذا الهدف العام. وتضمنت هذه الأهداف ما يلي:

- إنشاء نظام متكامل لتقديم الخدمات الصحية العامة في غضون عامين.

- التأثير في إعادة توزيع خدمات القطاع العام القائمة لمواقع أكثر ملاءمة في غضون عامين.
- إنشاء قاعدة بيانات شاملة للمعوزين طبياً بالمجتمع خلال عام واحد.
- وضع آلية لتنفيذ برنامج توعية لهذه الفئة من السكان في غضون عامين.
- تطوير برنامج توعية يستهدف السكان ذوي عرقية معينة خلال عام واحد.
- ضم واحد على الأقل من أكبر مقدمي الخدمات من القطاع الخاص في غضون سنة واحدة للمشاركة في تقديم الخدمات.

وبينما كان فريق التخطيط ينشئ الأهداف تناول العوائق التي تحول دون تحقيقها. وقد ارتبط العائق الرئيسي في هذه الحالة بالتحدي المتمثل في دمج المنظمات الصحية العامة القائمة التي تشتمل على ثقافات شديدة الاختلاف في نظام متكامل.

وأصبح من الضروري عند هذه المرحلة تحديد أولويات للأهداف، إذ إنه لا يمكن إنجاز كل شيء في الوقت نفسه. وتضمنت الأسئلة التمثيلية التي تم طرحها في تحديد الأولويات ما يلي.

- ما القضايا الأكثر إلحاحاً – أي القضايا التي سينجم عنها عواقب وخيمة إذا لم يتم حلها؟
- ما القضايا المحورية – أي القضايا التي تسهم بشكل مباشر وكبير في الرسالة والهدف العام؟
- ما الأهداف التي يجب معالجتها على اعتبار أنها متطلبات أساسية لتحقيق الأهداف الأخرى؟
- ما الأهداف التي ستؤدي إلى نتائج أكثر وضوحاً، أو الملموسة؟
- ما الأهداف التي تواجه أقل الحواجز؟
- ما الأهداف التي تنطوي على فوائد متعددة إذا تم تحقيقها؟
- إلى أي مدى من المرجح أن تكون هناك استجابة سلبية لتحقيق الهدف؟

تمت مناقشة النتائج غير المتوقعة من تحقيق الأهداف المختلفة وتمت معالجة أية نتائج سلبية محتملة. كان هناك هدف واحد رئيسي تم النظر فيه وهو ردة فعل مزودي القطاع الخاص إذا أصبح القطاع العام أكثر عدوانية في محاولتة لمعالجة المشكلات الصحية. وقد تم الإقرار بأن هذا يعد أحد المخاوف، لكن نظراً لخطورة المشكلات الصحية للمعوزين طبياً، فقد تم اعتباره خطراً يتعين تحمله.

وبمجــرد تحديد الأهــداف، كانت الخطوة التالية هي تحديــد الإجراءات اللازمة لتنفيذهــا. وكان لكل هدف عدد من الخطوات الإجرائية تم تحديدها. فعلى ســبيل المثال في حالة كون الهدف هو تطوير قاعدة بيانات عن المعوزين طبياً فإن الإجراءات التي تم تحديدها تضمنت ما يلي:

- الحصــول على بيانات عن عملاء من المنظمات الرئيســية التي تشــارك في تقديم الخدمات للمعوزين طبياً.
- إشراك استشاري إدارة معلومات للمساعدة في تصميم قاعدة البيانات.
- وضــع آلية مســح مجتمعي لتحديد الأفراد المعوزين طبيــاً الذين قد لا يظهروا في قواعد البيانات الموجودة.

تنفيذ الخطة:

كان لإدارة السياســة الصحية سلطة محدودة لتنفيذ العديد من الأهداف من تلقاء نفســها. وبدلاً من ذلك، كان عليها أن تقوم بتســهيل هذه الأنشطة من خلال لاعبين آخرين. وتطلب الأمر في هذه الحالة الكثير من المناورة السياســية من أجل البدء في التنفيذ.

تضمنت الخطوة الأولى في تنفيذ الخطة تطوير خطة مشروع، وقد تم توسيع خطة المشــروع الموضوعة في الأصل لعملية التخطيط لتشــمل مرحلــة التنفيذ. وأوضحت تسلسل الأحداث التي يجب أن تحدث وأنشأت المسار الحرج لتحقيق كل هدف.

وعلاوةً على ذلك فقد تم تطوير مصفوفة التنفيذ باســتخدام جداول البيانات التي بينــت الأشــخاص وما يتعين عليهم القيام به ومتى يكون ذلــك؟ كما أن المصفوفة قد أدرجت كل إجراء استدعته الخطة، وقسمت كل إجراء إلى مهام. كما حُدد لكل إجراء أو مهمة الطرف المســئول، جنباً إلى جنب مع أي من الأطراف الثانوية التي ينبغي أن تشارك في هذا النشاط. وأوضحت المصفوفة الاحتياجات من الموارد (من حيث وقت العاملين والمال وغيرها من المتطلبات) وتواريخ بداية ونهاية لكل نشــاط. وتم تأسيس المعايير التي سمحت لفريق التخطيط بتحديد متى يتم الانتهاء من النشاط.

خطة التقييم:

خــلال المراحــل الأولى من عملية التخطيط، رُســمت الخطــوط العريضة لخطة التقييم والتي اشــتملت علــى تقييم كل من العملية والنتائــج. وواصل موظفو الدعم

الفني بالمشروع رصدهم للأنشطة التي كانت تحدث، ورفعوا تقارير بصفة منتظمة عن مدى السير في العملية ومختلف المعايير التي تم الوفاء بها في العملية.

إن الأهداف التي تم إنشاؤها خلال تطوير الخطة قد اسُتخدمت بصفتها معايير للمحصلة النهائية، كما أن مدى الوفاء بهذه الأهداف سيكون المقياس النهائي للنجاح. وعلى الرغم من هذا، ولأن غالبية الأهداف تستدعي إطاراً زمنياً من ثلاث إلى خمس سنوات، كان من الضروري أن يتم تقييم نجاح الفريق في الوفاء بالأهداف الوسيطة. ولهذا، فقد استخدم فريق العمل التقني خطة المشروع ومصفوفة التنفيذ باعتبارها أساساً لتقييم التقدم المرحلي، ولم يقم هذا التقييم المتواصل بتوفير مصدر مستمر للمعلومات إلى أولئك المشاركين في التخطيط فحسب ولكنه قد شجع أيضاً الأشخاص المكلفين بتنفيذ الخطوات المتعددة على التصرف بصورة نشطة.

المراجعة وإعادة التخطيط:

من غير المرجح أن تكتمل خطة صحية دون أن يتم تعديلها بصورة أو أخرى؛ لذا فإن هذا النوع من المراجعة «المتعجلة» حتمي في بيئة سريعة التغير. ستكون هناك دائماً تطورات تحدث بشكل متوال للبدء في التخطيط والتي ستؤثر في الخطة أو في طريقة تنفيذها. ويمكن أن تتاح معلومات إضافية خلال سير الخطة، كما أن الأطراف المختلفة قد تتخذ خطوات وسط توقعات بالخطة التي يكون لها تأثيرات في العملية وتنفيذ الخطة. ويمكن أن تحدث تطورات من شأنها أن تؤثر في متطلبات الموارد.

يتعين عادةً إعادة النظر في كل مكون بعملية التخطيط مع التفكير في هذه الأمور. كما ينبغي إعادة النظر في جميع الافتراضات إلى جانب بيان الرسالة. ويجب تحديث البيانات القاعدية لكي تفسر وجود فارق زمني منذ القيام بالبدء في عملية التخطيط. ويجب مراجعة الإستراتيجية التي تم اختيارها من أجل تحديد ما إذا كانت لا تزال النهج الأفضل في ظل التغيرات المحتملة في البيئة. فعلى سبيل المثال، هل فشلت الإستراتيجية التعاونية التي تم اختيارها جراء حركة تغيرات غير متوقعة بين كبار المسئولين؟ ينبغي إعادة النظر في الأهداف العامة والمحددة من أجل التأكد من أنها لا تزال مناسبة في ظل أية تغيرات في البيئة الداخلية أو الخارجية.

ينبغي أن تكون العملية على قدر كاف من المرونة لكي تتكيف مع التطورات التي تقع خلال سير تطوير الخطة وتنفيذها. ويجب على المخططين أن يظلوا متقبلين لهذه التطورات وأن يدركوا أن التخطيط عملية متكررة ستشهد إعادة تشكيل دائمة من جانب نطاق عريض من العوامل.

الملحق IIA
حالة دراسية للتخطيط الإستراتيجي

نظرة عامة:

يعد مركز علوم الأعصاب الجنوبي بمثابة مركز تخصصي رئيسي في جنوب شرق الولايات المتحدة الأمريكية، ويضم تسعة من أخصائيي المخ والأعصاب وجراحات المخ بالإضافة إلى خمسة وخمسين موظفاً. وقد يمثل المركز منظمة أعمال كبرى. كما كانت المنظمة ناجحة للغاية في بيئة الرعاية الصحية التقليدية ولكنها كانت مهتمة بمكانتها في التوجه المستقبلي للرعاية الصحية. ولم يقم المركز أبداً بوضع خطة إستراتيجية إلا واجهته عدة قضايا مهمة تطلبت نوعاً من إطار العمل لاتخاذ القرار.

وعلى الرغم من أن المركز كان المزود المهيمن للخدمات «العصبية» في سوقها (حوالي ربع الولاية)، فقد واجه منافسة كانت طفيفة ولكن متواصلة من عدد قليل من المتخصصين البارزين في الأمراض العصبية في المجتمع. وعلاوةً على ذلك، كانت تواجه المركز وباستمرار احتمالية دخول منظمات وطنية إلى السوق. وكان المركز منشغلاً بالنمو الذي تجاوز الحد لمنطقة السوق الحالية وهو ما يعني أنه سيكون غير قادر على زيادة حصته السوقية في المستقبل. كما أن المنظمة قامت أيضاً باتخاذ بعض القرارات في السنوات السابقة التي تعين إعادة النظر فيها في ضوء التطورات الجديدة في البيئة.

إن كبار متخذي القرار في المركز الجنوبي للعلوم العصبية قد أدركوا أنهم سيتطلبون موارد خارجية من أجل تطوير خطة إستراتيجية، ولم يكن لديهم الخبرة للقيام بمثل هذا الأمر، كما كان هناك عددٌ من الأجندات التنافسية التي تعين فصلها عن عملية التخطيط. وكان لدى المركز بالفعل علاقة بالمنظمة التي أجرت تحليلاً مالياً لهم، وتم إسناد مهمة إعداد الخطة الإستراتيجية إلى هذه المنظمة.

تجميع المعلومات الأولية:

اشتملت الخطوات الأولية في عملية التخطيط على عقد لقاءات تمهيدية مع مدير الممارسة ومدير الأعمال والطبيب التنفيذي وممثل من كل من مكونات دراسة الجهاز العصبي وجراحات الجهاز العصبي بالمنظمة. وقد تقرر أن يكون مدير الممارسة بمثابة

الصلة مع الاستشـــاري. وقد تضمنت هــذه المرحلة أيضاً الحصول على أية معلومات تكون متاحــة حول المنظمة ومن ثم مراجعة هذه البيانات. واشـــتملت هذه المعلومات علـــى أية مواد للتوزيع العام (كالمواد الترويجية) والتقارير الســنوية والوثائق الداخلية مثــل محضر اللجان التنفيذية وأية تقاريــر أو تحاليل تتعلق بالتخطيط بالإضافة إلى السير الذاتية لجميع الأطباء العاملين في المنظمة.

هذه المرحلة الأولية في عملية تجميع المعلومات أتاحت الفرصة لاستعراض المنظمة ومكانتها داخل الســوق، وكذلك مؤشرات لكبار المؤثرين داخل المنظمة، وبعض الأفكار حول اتخاذ القرار والتواصل الداخليين.

كما ساعدت هذه المرحلة أيضاً على التعرف على القضايا الرئيسية من وجهة نظر الأشــخاص الذين تم عقد مقابلات معهم ووفقاً لما تم اقتراحه من خلال اســتعراض للمــواد القائمة. وقد تضمنت بعض القضايا التي تم التعرف عليها ما يلي: انخفاض إيــرادات الأطباء بالرغم من الزيادة في أعباء العمــل، تواصل الاضطراب بين علماء الأمــراض العصبية وعلماء جراحــة الأعصاب، صيغة تعويض غير مرضية لشــركاء الأطبـــاء، وجود فجوات في بعــض المناطق الإكلينيكية، والمكاتــب التابعة غير المنتجة أو التي يســوء موقعها. كما تم التعرف على قضايا إضافية، وقد تمت دراســتها من أجل التحليل المســتقبلي. كما تم التعرف علــى العوائق الداخلية المحتملة أمام عملية التخطيط في هذا الوقت.

أقيــم مخطط عام لعملية التخطيط وذلك بالاشــتراك مع مدير الممارســة، ثم تم عرضه على اللجنة التنفيذية في المركز الجنوبي للعلوم العصبية. وقد مثّل هذا المستند نقطة البدء لعملية التخطيط وذلك بافتراض أنه سيتواصل تعديله أثناء سير العملية.

لم يكن لدى المنظمة بيان رسالة رسمي يتجاوز نيتها تقديم رعاية ذات جودة عالية فيما يخص الأمراض العصبية إلى المجتمع. وقد اتفق على أن تتم صياغة بيان رسالة أكثر وضوحاً أثناء سير العملية.

صيغــت الفرضيات الأولية أيضاً لخلــق بعض المعايير الأساســية للعملية. فكان يفترض مثلاً أنه ينبغي على المنظمة أن تتخذ شــكل الممارسة المشتركة لعلم الأعصاب وجراحــات الأعصـــاب؛ أن العلاقات الحالية مع المستشــفيات وغيرهـــا من مقدمي الخدمات لائقة؛ ويمكن أن يحدث القليل من التوسع داخل منطقة السوق الحالية؛ وأنه لا يوجد هناك منافســين مؤثرين داخل منطقة السوق. وكان يُفترض أيضاً أن أهمية

الرعاية المدارة سـوف تواصل الازدياد، وأن كبار أرباب العمل المحليين سـيلعبون دوراً نشطاً على نحو متزايد في إدارة التأمين الصحي الخاص بموظفيها. وبالطبع فإن كل هذه الافتراضات كانت قابلة للمراجعة أثناء السير في عملية التخطيط.

تجميع البيانات القاعدية:

أمكن مع هذه الخلفية البدء في تجميع بيانات تفصيلية حول المنظمة وبيئتها. وقد بـدأت هذه العملية بتدقيق داخلي لهذه الممارسـة وعملياتهـا. وبالإضافة إلى وثائق تم الحصول عليها في السـابق، تمكن الاستشـاريون من الحصـول على بيانات مالية تفصيلية وسياسـات طاقم العمل الطبي وسياسات العاملين، وغيرها من الوثائق التي يمكن أن تعطي الفرصة للنظر بإمعان إلى المنظمة.

أجريـت جولة أخـرى من المقابلات التي اشـتملت على جميع أطبـاء مركز علوم الأعصاب الجنوبي، إلى جانب رؤسـاء الإدارات في كل من الإدارات الست، وشخصين آخرين كان يُعتقد أنهما على معرفة خاصة بالمنظمة.

أجري بعد ذلك تدقيق داخلي على نطاق كامل تضمن تحليلاً مالياً مفصلاً، وتحليلاً تنظيمياً، وصورة عامة عن المرضى، واستقصاء حول العاملين. كما تناول التدقيق أيضاً الخدمات التي يجري تقديمها، والتسـعير لهذه الخدمـات، والمواقع التي يجري تقديم هذه الخدمات فيها. كما أن هذا التدقيق قام بتحديد أنماط الاسـتفادة القائمة لجميع الخدمات والاتجاهات المحددة في هذه الأنماط. تم كذلك تكوين صورة عامة عن العملاء المسـتفيدين من هذه الممارسة إلى جانب عدد من الأبعاد المختلفة، وتم تحديد علاقات الإحالة وتقييمها، تم كذلك استعراض خصائص العاملين التابعين للممارسة، وتم تحديد جميع العمليات الداخلية وتقييمها، ثم تم حصر الأنشطة التسويقية الحالية.

اشـتمل عنصر تحليل العمليات بالمراجعة الداخلية على استعراض لتدفق المرضى وتدفق الأوراق، كما اسـتعرض العمليات الداخلية للإدارة الخدمات والاتصالات. وتم اسـتعراض أنظمة المعلومات، كما هو الأمر بالنسبة لعمليات تحضير الفواتير الخاصة بالمرضى وتحصيل الرسوم.

اسـتغرق القيام بالمراجعة الداخلية للحسابات ما يقرب من ثلاثة أسابيع. واشتمل كلٌ من البنود المذكورة أعلاه على عدد من المواضيع الفرعية. وقد عمل الاستشاريون عن قرب مع أفراد الأعمال وطاقم العمل الإكلينيكي من أجل تطوير هذه المعلومات.

تم عرض النتائج الأولية من عملية المراجعة الداخلية على شكل تقرير مرحلي إلى اللجنــة التنفيذية بمركز علوم الأعصاب الجنوبي. وحتى في هذه المرحلة المبكرة، كان هناك عدد من الاســتنتاجات التي يمكن اســتخلاصها من البحوث. واشتملت بعض الأمثلة على الاستنتاجات التالية.

- شعر جراحو الأعصاب أن أخصائيي الأعصاب لم يكونوا قائمين كما يجب بأعبائهم المهنية المعهودة إلا أنهم يتلقون المقابل وكأنهم يقومون بذلك.
- كان هناك تواصل محدود بين مختلف المكونات الإكلينيكية ونشأ عددٌ من التصورات الخاطئة.
- لم يكن هناك من الأطباء من هو راض عن صيغة الأجور القائمة.
- عكس الهيكل التنظيمي الحالي الوضع في السابق ولكن لم يكن مناسباً لبيئة الرعاية الصحية الجديدة.
- بينمــا كان موظفــو مركز علوم الأعصاب الجنوبي راضين بشــكل عام، كانت هناك بعض القضايا المهمة التي تؤثر في الروح المعنوية والإنتاجية.
- كانت هناك بعض الإجراءات التي لم يتم تنفيذها إلى الحد الذي كان ينبغي أن يتم.
- لــم يكــن هناك برنامج تســويق داخلي متبع، ممــا أدى إلى كثرة شــكاوى المرضى ومشكلات بالعلاقات العامة.

بدأت المراجعة الخارجية باستعراض الاتجاهات المجتمعية التي من المرجح أن يكون لها آثار في الممارســة و/أو سوقها، وتم اســتعراض الاتجاهات الديموغرافية لاسيما وأنها تتعلق بتخصصات الأعصاب، وتمت دراسة الاتجاهات في أنماط الحياة ومواقف المســتهلكين وتوقعاتهم، كما تمت دراسة النظرة المستقبلية الاقتصادية الشاملة، إذ إن الارتفاعــات والانخفاضات في الاقتصاد قد تؤثر في الاســتفادة والقدرة على الدفع، كما تم فحص هذه العوامل نفسها على مستوى الولاية كذلك.

حدثت مبــادرة التخطيط هذه في حــين كانت إدارة الرئيس كلينتــون تفكر جدياً في تشــريع إصلاح الرعاية الصحية. كما تم لفت الانتباه إلى التأثير المحتمل لســن أحــكام إصلاح مختلفة على مكونات محددة بالرعاية الصحية، بما في ذلك تخصص الأعصاب وجراحتها.

كما تم استعراض اتجاهات الصناعة الصحية بعناية، مع التركيز على تأثيراتها في التخصصات العصبية. ومن الأشــياء التي كانت لها أهمية خاصة الآثار المترتبة على

الرعاية المدارة بالنسبة للسداد لقاء خدمات علم الأعصاب. كما كانت الاتجاهات في مجـال التأهيل مجالاً آخر جذب الانتباه في هذه الممارسـة، وكذلك كان الجدل حول علاج آلام الظهر.

كما اعتُبر إجراء تحليل للاتجاهات الوطنية في السداد أمراً ضرورياً أيضاً. وانطوى هذا الأمر على اسـتعراض اتجاهات تمويل النفقات من قبل شركات التأمين التجاري وكذلـك خطط الرعاية المدارة كما أشـرنا أعلاه. إن التغييـرات المقترحة في تغطية برنامج الرعاية الطبية «ميديكيد» يُعد موضوعاً مهماً. كما تعين دراسة التغييرات في التعويضـات والأجور العمالية وفي تقديم خدمات إعادة التأهيل. وعلى الرغم من أن هناك عدداً قليلاً من البرامج بالولاية التي من شأنها أن تؤثر بشكل كبير في ممارسة الأمراض العصبية فقد تم تحديد أي تطورات على مسـتوى الولاية أو تطورات محلية على طول هذه الخطوط.

لقـد تم تحديد وتقييم التطورات التكنولوجية الحديثة والناشـئة التي من شـأنها أن تؤثـر في توفير خدمات أمـراض المخ والأعصاب وجراحتها وذلك لآثارها في هذه الممارسة.

وقد أجري تحليلٌ دقيقٌ لمنطقة السوق الخاصة بهذه الممارسة لاحقاً، كما تم إنشاء صورة عامـة ديموغرافية كاملة لمنطقة السـوق ابتداءً باسـتعراض مصادر البيانات الثانوية، وتم اسـتخدام مصادر البيانات المتاحة للوقوف على الحالة الصحية للسكان وأنماط السـلوك الصحي به، وتمـت مقارنة خصائص السـكان بخصائص المرضى التابعين للممارسة.

على الرغم مـن توفر قدر معقول من البيانات الثانويـة، فإن الطبيعة المتخصصة لرعايـة الأمراض العصبية كانت تعني أن هناك قدراً أقـل من المعلومات المتاحة مما هو الأمر بالنسـبة للتخصصات الطبية الشـائعة؛ ولهذا السبب، اعتمد هذا المشروع على البحوث الأساسـية بشكل أكبر من العديد من مبادرات التخطيط المماثلة. وكان هناك عددٌ من المجموعات التي أجريت الاسـتقصاءات لها. وشملت هذه المجموعات ما يلي:

- المرضى التابعين للممارسة.
- المرضى التابعين للجهات المنافسة.
- أطباء الإحالة.

- الأطباء غير المختصين بالإحالة.
- أرباب العمل الرئيسيون (وخاصةً مديرو المنافع).
- الخطط الصحية الرئيسية (بما في ذلك الرعاية المدارة).

كما أجريت مقابلات شخصية أيضاً مع مديري مستشفيات منتقاة وأشخاص مطلعين رئيسيين آخرين قد يكون لهم آراء حول مركز علوم الأعصاب الجنوبي أو التخصصات العصبية.

وأجري تحليلٌ تنافسيٌّ شامل كذلك، وانطوى على تحديد وتقييم جميع المنافسين المحتملين مع هذه الممارسة. وفي هذا الحالة، كانت الأعداد قليلة وتم التعرف على المنافسين بسهولة. وتم تكوين صور عامة لهذه التخصصات المنافسة من حيث خصائص الممارسة، والتركيبة السكانية الشخصية، ومجالات التخصص (إن وجدت)، وأحجام الممارسة، ومزيج الحالات.

ونتيجةً للبحوث الأولية التي تمت، فقد كان هناك قدر كبير من المعلومات النوعية المتاحة حول المنافسين داخل منطقة السوق. كما اتضح أن ذلك يعد تدريباً قيماً وأظهر أن احتمالية المنافسة الجدية كانت أقل بروزاً مما كان يُعتقد في السابق. كما تبين أيضاً أنه وعلى سبيل المثال أن المجموعة المنافسة الوحيدة ذات أي حجم كانت تمر بعملية انقسام، وأن المنافس الفردي الرئيسي كان يخطط لمغادرة المنطقة، وأن هناك بعض أخصائي أمراض الأعصاب وجراحي الأعصاب الذين كان يتم إرغامهم على الحد من ممارساتهم بسبب ضعف إثر تقدم العمر أو المرض أو ظروف شخصية. وكانت هذه معلومات مفيدة في عملية صياغة الخطة.

كان هناك عنصرٌ أخيرٌ في البحوث وهو التحليل المكاني. إن غالبية الخدمات القائمة على المكاتب والتابعة لمركز علوم الأعصاب الجنوبي قد تم تطويرها في الموقع الأساسي، كما أن معظم الرعاية بالمستشفيات كانت تدار في أكبر مستشفى بالسوق. وقد حافظت الممارسة على ثلاثة مواقع تابعة لما لا يقل عن سنتين، وكانت هناك حاجة إلى إعادة النظر في مدى ملاءمة هذه المواقع.

واستنتج في النهاية أن موقع المكتب الرئيسي كان مناسباً وأن العلاقة الخاصة بالمستشفى كانت مواتية (على الرغم من أن الخيارات الأخرى لم تكن مستبعدة). كما تقرر أن اثنتين من الوحدات التابعة لم يتم تحديد مواقعها بشكل مناسب، في حين كان الموقع الثالث مناسباً.

وبمجـــرد أن تم تجميـــع بيانات الســـوق ومراجعتها، تم إجراء تحليـــل نقاط القوة والضعف والفرص والتهديدات. وتم اســـتخدام هذا الأسلوب في تحديد نقاط القوة والضعف بالممارســـة، والفرص التي توفرت للممارســـة في منطقة السوق الخاصة بها (وأبعد منها)، وكذلك التهديدات والتهديدات المحتملة الموجودة في منطقة الســـوق أو التي تأتي نتيجةً لاتجاهات قومية.

تم اســـتعراض النتائج من عمليات التدقيق الداخليـــة والخارجية الأولى مع مدير الممارســـة والطبيب الإداري، وفي وقت لاحق، مع اللجنة التنفيذية. وبعد اســـتعراض النتائج مع المشاركين الرئيسيين، تم تحديد موعد لعقد جلسة تخطيط إستراتيجي.

أجرى الاستشـــاريون جلسة تخطيط شملت جميع الأطباء التسعة إلى جانب مدير الممارســـة ومدير الأعمال، واستعرضوا جميعهم منهجية البحث وملخصاً للنتائج التي تم التوصـــل إليها. كما تم تقدير تقرير حالة الممارســـة الذي قدم ملخصاً حول مركز علـــوم الأعصاب الجنوبـــي وما كانت تقوم به مـــن مهام، وقد تم عـــرض نقاط القوة والضعف في المنظمة، وعُرض تقرير حول موقعها داخل الســـوق. تم أيضاً استعراض ومناقشـــة القضايا الرئيسية على النحو المحدد أثناء عملية جمع البيانات، كما شهدت الجلســـة عرضاً للفرص التي كانت متاحة أمام المنظمة، جنباً إلى جنب مع التهديدات التي قد تتواجد.

تطوير الخطة:

قدمت هذه المعلومات أساســـاً لصياغة الخطة الإســـتراتيجية. وقد بدأت العملية بتحديد الهدف الأساســـي للمنظمة، وكان الهدف الذي انبثق عن خلوة التخطيط هو: حصول الممارسة على المركز الأول في علم الأعصاب في النصف الجنوبي من الولاية. وبمجـــرد وضع هذا الهدف، تم اعتماد إســـتراتيجية دعت إلى وجـــود برنامج طموح للتوســـع الـــذي ينطوي على إضافة خدمـــات جديدة وعاملين جدد وتطوير شـــبكة لا مركزية من منافذ الخدمات.

ومـــع أخذ هذا الهدف والإســـتراتيجية في الاعتبار، تم إنشـــاء عدد من الأهداف الفرعية من أجل دعم تحقيقها، وشملت هذه الأهداف ما يلي:

- زيادة عدد الأطباء العاملين من تسعة إلى خمسة عشر على مدى ثلاث سنوات.
- إضافة الطب الرياضي على أنه خط إنتاج في غضون سنة واحدة.

- افتتاح مكتب تابع جديد في السنة على مدى السنوات الثلاث المقبلة.
- إضافة تكنولوجيا تشخيصية متقدمة وفريدة من نوعها خلال العام المقبل.
- إعادة الهيكلة الفورية لحاكمية الممارسة لدعم نوع المبادرة العدوانية المقترحة.
- إنشاء وجود رئيسي في مستشفى محلي آخر في غضون عام واحد.

وخلال جلسة التخطيط تم تحديد هدف إضافي كان ينتمي إلى فئة مختلفة، وقد اشتمل هذا الهدف على مراجعة لترتيبات الأجور لأطباء الممارسة. وتم الاتفاق على تناول هذه المسألة بشكل منفصل عن عملية التخطيط الإستراتيجي.

وكانت الخطوة التالية تتمثل في استعراض العوائق التي قد توجد فيما يتعلق بأي من الأهداف. وكان العائق الرئيسي الوحيد الذي تم تحديده قد اشتمل على العلاقة مع المستشفى المحلي الثاني. وقد وجد الاستشاريون بعد جمع معلومات إضافية أن علاقة ماضية سيئة مع المستشفى ستكون عقبة رئيسية أمام علاقات أوثق. وعلاوةً على ذلك، فإن المجموعة الوحيدة التي تمثل أي شكل من المنافسة مع مركز علوم الأعصاب الجنوبي كانت لصالح هذا المستشفى بشكل كبير. وبذلك تم حذف الهدف من القائمة.

وبالمثل، فقد تم النظر في العواقب المترتبة على تحقيق الأهداف المختلفة، سواء كانت إيجابية أو سلبية، المقصودة وغير المقصودة. كان هناك القليل من الآثار السلبية المترتبة على أي من الأهداف التي أمكن تحديدها. ويمكن القول بأنه سيتم التأثير في الآخرين إذا ما توسعت الممارسة في أسواق أخرى وأضافت خدمات جديدة. وكان ذلك متوقعاً كما أن جميع الأطراف قد اتفقت على أنه في البيئة التنافسية الحالية كانت العدائية أمراً لا مفر منه. وكان الحد الأدنى هو اتباع نهج هجومي لا يأخذ في الحسبان المصالح الضيقة للممارسات المنافسة.

قام فريق التخطيط بعد ذلك بتناول وضع أولويات للأهداف المتبقية. واستناداً إلى الهدف العام والإستراتيجية المتفق عليهما أعطيت الأولوية القصوى لزيادة عدد طاقم الأطباء إلى خمسة عشر ولإنشاء مواقع ممارسة إضافية. كما أصبحت الأهداف المتبقية من الدرجة الثانية.

كما تم تحديد عدد من الإجراءات لكل هدف. فعلى سبيل المثال، تم تحديد الإجراءات التالية للهدف المتعلق بالتوسع في طاقم العمل:

- إنشاء لجنة فرز لاستعراض جميع المتقدمين.
- رصد أموال لعملية التوظيف.

- تحديد التخصصات التي ستشهد تعيينات.
- إشراك شركة توظيف لبدء البحث.
- إعداد المساحات المكتبية للأطباء الجدد.

تنفيذ الخطة:

وبمجـــرد تحديد خطوات العمل لجميع الأهداف، تم إنشــاء مصفوفة تنفيذ. وقد عينت المصفوفة ما يلي لكل واحد من عشرات الإجراءات التي تم تحديدها.

- الطرف المسئول الأساسي.
- الأطراف المسئولة الأخرى.
- الجهد من حيث الوقت المتوقع.
- موعدا نهائياً للإتمام.
- الموارد اللازمة.
- أية شروط مسبقة.

قامت هذه المصفوفة بتحديد الأشخاص وما يتعين عليهم القيام به ومتى يكون ذلك وكيفية القيام به. وكانت هذه خطوة مهمة في العملية التي بدونها لم يكن من المرجح أن يتــم القيام بالعديد من الإجراءات في الوقت المناســب.. كما أن مصفوفة التنفيذ الأوليــة الموضوعة في جلســة التخطيط قد تم إرجاعها مــرةً أخرىً لإكمالها من قبل مدير الممارسة والطبيب الإداري.

وكانــت الخطوة الأخيرة في العملية التي أجريت في جلســة التخطيط هي إنشــاء سيناريو مستقبلي لعشر سنوات لهذه الممارسة. وبالنظر إلى الخطة التي وضعت خلال الجلسة، طُلب من المشاركين أن يسهموا في خلق رؤية لهذه الممارسة في المستقبل. وكان يتعين أن يقوم الســيناريو بتصور الأشخاص الذين سيشــاركون، وأماكن تواجد مواقع الممارســة، وأنواع الخدمات التي سيتم طرحها، وهكذا. وفي نهاية المطاف، فإن فريق التخطيط قد «اخترع» في الأســاس المستقبل لمركز علوم الأعصاب الجنوبي. وسيكون الفريق عند تنفيذ الخطة التي تم وضعها مسئولاً عن تحويل هذا السيناريو إلى واقع.

اشــتملت الخطوة الأخيرة في عملية التخطيط على عنصر التقييم في المشــروع. وباســتخدام مصفوفة التنفيذ باعتبارها أساســاً، أنشئت آلية لتتبع التقدم المحرز في تنفيذ الخطة على مدى فترة الثلاث سنوات التي كانت تغطيها.

الملحق IIB
حالة دراسية في التخطيط التسويقي

نظرة عامة:

يعد معهد ساوث كوست SouthCoast بمثابة مستشفى إعادة تأهيل مع التركيز على خدمات المرضى الداخليين. وقد رغب المعهد في توسيع قدراته الخاصة بالعيادات الخارجية في استجابة للتطورات المختلفة ضمن بيئة العمل. وقد تطلب هذا الاتجاه الجديد عمليات إعادة توجيه كبيرة للعاملين نحو عقلية العيادات الخارجية، فضلاً عن إنشاء عدد من الخدمات الجديدة.

كان من بين الخيارات المتاحة للخدمات الجديدة وضع برنامج العلاج المائي لاستكمال الخدمات المقدمة حالياً لمرضى إعادة التأهيل. كما أن برنامج العلاج المائي سيوسع قدرات البرنامج الحالي ويجعل العلاج الطبيعي ممكناً لمجموعة واسعة من المرضى، وإذ إن برنامج الرعاية الطبية وغالبية الخطط الصحية التجارية أتاحت إمكانية السداد لخدمات العلاج المائي، كان من الضروري أن يكون البرنامج مصدراً إضافياً للدخل. كما أنه يعمل على التفريق بين معهد ساوث كوست وبين مقدمي خدمات إعادة التأهيل، وفي حين أن من يستخدم خدمات العلاج المائي هم مرضى إعادة التأهيل الذين يتم علاجهم بالمعهد، كان القصد هو دعم برنامج العيادات الخارجية الوليدة وجذب عملاء آخرين لم يكن لهم صلة ببرنامج إعادة تأهيل المرضى الداخليين في المستشفى.

كان القرار بتطوير وتسويق برنامج العلاج المائي نتيجة لمبادرة تخطيط إستراتيجي رئيسية كان يقوم بها معهد ساوث كوست. وقد تم التعامل مع العديد من القضايا التنظيمية في سياق الخطة الإستراتيجية الجارية. وكان هناك فريق تخطيط وتم إنشاء إطار عمل للتخطيط. وقد تم دمج مبادرة العلاج المائي باعتباره عنصراً لخطة التنفيذ الكلية. وتعين على طاقم العمل وضع وتنفيذ خطة تسويق لدعم تطوير هذا البرنامج الجديد.

تجميع المعلومات الأولية:

تضمنت الخطوات الأولية في عملية تجميع المعلومات جمع البيانات الأساسية عن البرامج الحالية للعلاج المائي. كما تم تجميع البيانات حول أنواع الإجراءات

والخدمات التي تقدمها معظم البرامج، وأنواع المرضى، وآفاق السداد، وهكذا. كما تم تكوين فكرة عامة عما كان متعلقاً بتشغيل برنامج العلاج المائي.

وفي الوقت ذاته، أجريت عملية تجميع المعلومات الأولية الداخلية، وركزت هذه العملية على إمكانية تطوير البرنامج ضمن حدود إطار العلاج التأهيلي القائم. وقد درس التحليل توافر طاقم العمل اللازم لتقديم خدمات العلاج المائي، وإمكانية تدريب عاملين إضافيين، وتوافر المعدات الموجودة والاحتياجات من المعدات الإضافية، وربما الأهم من ذلك كله موقف الطاقم الطبي تجاه هذه الخدمة.

كشفت عملية تجميع المعلومات الداخلية عن وجود أخصائي معتمد في مجال العلاج المائي ضمن طاقم العمل وهو الذي كان بمثابة بطل خط الإنتاج. وكان هناك أيضاً مجموعة من مساعدي العلاج الطبيعي الذين يمكنهم مع وجود الحد الأدنى من التدريب الإضافي أن يدعموا برنامج العلاج المائي. وعلى الرغم من أن المستشفى لم يكن به حوض للعلاج المائي، فإن الخطط القائمة والخاصة بتجديد منشأة إعادة التأهيل كانت تشتمل على إنشاء الحوض، إلى جانب حوض التدريب. وعلاوةً على ذلك، فإن الطاقم الطبي الذي شارك بصورة أساسية في إحالة المرضى إلى المعهد كان داعماً بشكل عام، وكان متحمساً في بعض الحالات تجاه مستقبل العلاج المائي.

تجميع البيانات القاعدية:

حركت هذه النتائج الإيجابية عملية تجميع البيانات الرسمية، بدءاً من البيانات حول إمكانية السوق بالنسبة لهذه الخدمة في منطقة السوق الخاصة بالمعهد. كما اتضح أن عدد العملاء المحتملين أكبر بكثير مما كان متوقعاً. وقد تم تحديد المصادر المحتملة للإحالة وتم عقد مقابلات لاحقة فيما يتعلق بمصالحهم. وتم الاتصال بالخطط الصحية المحلية لتحديد مدى استعدادها للسداد لهذه الخدمة، كما تم تحديد برامج علاج مائي في أسواق أخرى وقد تم الاتصال بها من أجل مدخلاتها.

تم تحديد العديد من الجماهير المستهدفة الثانوية التي، مع عدم الإسهام بشكل كبير في الإيرادات، كان من شأنها أن تزيد الاستفادة من الأحواض بل وربما الإسهام في بعض التكاليف الثابتة. وشملت هذه الجماهير المجموعات المجتمعية وفرق السباحة وبرامج الخدمة الاجتماعية وحتى الجمهور «التجاري» التابع لعملاء التمارين الرياضية المائية الذين كان من المتوقع أن يدفعوا رسوم استخدام المنشأة. كما تم سؤال موظفي المعهد أيضاً إذا ما كان لديهم الرغبة في استخدام هذه المنشآت باعتبارها جزءاً من برنامج اللياقة البدنية الخاص بالعاملين.

وقد أجري تحليل تنافسية، وتم التوصول إلى أنه لم يكن هناك من يقدم العلاج المائي المدعوم طبياً داخل المجتمع. كما تم استكشاف خيارات الاستخدام المؤقت للأحواض الحالية، وقد تم تحديد موقع مؤقت مناسب لتجريب البرنامج. كما تم إعداد القوائم المالية الأولية لتقديم تقدير للربحية المحتملة للخدمة.

وعند فحص العوائق المحتملة، لم يتم العثور إلا على عدد قليل بل يمكن القول بإنه لم يتم العثور على أي منها. وكان العائق الوحيد الذي تم تحديده هو نقص المعرفة حول العلاج المائي في المجتمع (حتى بين بعض الممارسين الطبيين). لم يكن هناك أية مقاومة متأصلة من جانب أي شريحة مجتمعية.

تطوير الخطة:

ومع وجود هذه البيانات الأساسية التي تشير إلى احتمالية نجاح وربحية الخدمة بشكل كبير، وضع فريق التخطيط الهدف المتمثل في إنشاء برنامج المعهد بصفته برنامجاً رئيسياً للعلاج المائي في المنطقة. وفيما يتعلق بالإستراتيجية فقد قرر الفريق أن النهج الذي شدد على التعليم وبناء العلاقات كان مناسباً. وكان القصد أن يبقى بعيداً عن الدعاية العدوانية والترويج المبهرج.

ودعماً لهذا الهدف فقد تم إنشاء الأهداف التالية:

- إنشاء وتنفيذ برنامج تسويق داخلي شامل للعلاج المائي في غضون ستة أشهر.
- الاتصال مباشرةً مع جميع المحيلين المحتملين خارج المعهد والجهات التابعة له في غضون ستة أشهر.
- تعيين وتدريب شخص يختص بالتسويق أو الاتصال للعمل مع برنامج العلاج المائي على أساس الدوام الكامل في غضون ستة أشهر.
- القيام في غضون ستة أشهر بتحديد كل فئات المجتمع التي يحتمل أن تستفيد من حمام السباحة القياسي وحمام العلاج المائي والاتصال بها.
- دمج خدمات العلاج المائي في برامج الطب الرياضي والمهني في غضون سنة واحدة.

ومع وضع هذه الأهداف في الاعتبار، تم تحديد عدد من الإجراءات، وقم تم تضمين الإجراءات التالية المتعلقة بالتسويق:

- إنشاء مواد ترويجية لتوزيعها على وكلاء الإحالة المحتملين.

- عقد لقاءات مع الأطراف الداخلية ذات الصلة (بما في ذلك الطاقم الطبي) من أجل شرح البرنامج.
- التعرف على الشخص المناسب لتدريب الاتصال مع المجتمع.
- تحديد أي أهداف خارجية تلائم الأنشطة الترويجية والتثقيفية.

لقد استرشدت خطة التسويق بحقيقة أن البرنامج كان جديداً وفريداً من نوعه في المنطقة. كما أن الرسالة المناسبة التي يتعين إيصالها قد تم وضعها وتم تحديد وسائل نشرها.

وتواكباً مع النهج التثقيفي أو الخاص ببناء العلاقات، فقد ركز مزيج التسويق على الأنشطة الترويجية الثانوية وتجنب وسائل الإعلام رفيعة المستوى. أما بالنسبة للتسويق الداخلي فقد اشتملت الخطة على نشرة إخبارية ومنشورات داخلية ونشرة حول راتب كل موظف في المعهد، والملصقات، وجلسات المعلومات الخاصة للعاملين وأطباء الإحالة، وشريط فيديو لشرح البرنامج. أما بالنسبة للجماهير الخارجية، فقد دعت الخطة إلى وجود رسالة إخبارية، وتصريحات صحفية (وغيرها من التغطية الإعلامية حسب مقتضى الحال)، والإعلانات المطبوعة (وربما تقتصر على موقع يلو بيدجيز Yellow Pages)، ووسائل الإعلام الإلكترونية المحدودة (للافتتاح الكبير)، وشريط فيديو، والمعارض (مثل المدارس والمعارض الصحية)، والعروض العامة (مجموعات الدعم، والمجتمع الطبي، والجمعيات الصحية التطوعية).

وقد وضعت خطة للتنفيذ على أنها جزء من خطة التسويق التي تحدد الموارد اللازمة، والالتزام المالي المطلوب، والأطراف المسئولة لمختلف المهام، والجداول الزمنية لجميع الأنشطة. وقد مُنح مدير برنامج معهد ساوث كوست المسئولية الرئيسية لتنفيذ الخطة. كما أن أخصائي العلاج الطبيعي الحاصل على شهادة العلاج المائي ساعد مدير البرنامج.

تم وضع إجراءات التقييم لتقييم التقدم المحرز في البرنامج. وحيث إنها كانت عملية مبتدئة فقد كان من السهل تتبع حجم الخدمات المستعملة. كما دعت الخطة إلى إجراء اختبار قبلي واختبار لاحق على وكلاء الإحالة لتحديد إلى أي مدى تم تثقيفهم بالبرنامج. كما تم إجراء استطلاعات لتحديد مدى الرضا بالنسبة للمرضى والمحيلين. وقد تم تتبع مدى تحقيق البرنامج لفوائد ثانوية في المجتمع (كأن يكون مع مجموعات المجتمع والمدارس ونوادي السباحة) وإجراء تقارير دورية حول ذلك.

الملحق IIC
حالة دراسية في تخطيط الأعمال

نظرة عامة:

قــام أحــد علماء النفس الســريري بوضع برنامــج مبتكر لعلاج أنــواع معينة من اضطرابــات الأكل. وقد مثل البرنامج نهجاً فريداً وأظهــر إمكانات كبيرة في مجال الرعاية الصحية، وقد اســتند البرنامج إلى حقيقة أن العديد من حالات اضطرابات الأكل يمكن عزوها إلى تاريخ من الاعتداء الجنسي.

هذا ولكي يتم البدء في البرنامج، كان من الضروري توفير تمويل خارجي؛ لذا فقد تم تطوير خطة أعمال بصفتها أساساً للبحث عن مستثمرين باعتبارهم وسيلة لتوجيه وتطوير المشروع. وتمثل الأقسام التالية نسخة مختصرة من خطة الأعمال؛ وذلك لأن النص الكامل يكون مطولاً بشكل لا يتناسب مع المواد الخاصة بالملحق.

تشــهد الولايات المتحدة زيادة في معدل انتشار حالات اضطرابات الأكل، وكان قد أطلِق على هذه الاضطرابات «مرض فترة الثمانينات»، إلا أن حجم المشــكلة التقديري اســتمر في النمو خلال فترة التسعينيات من القرن العشرين. وتشير البحوث الحالية إلى أن ما بين (٣٪) إلى (١٠٪) من الســكان الإناث في الولايات المتحدة يعانين فقدان الشهية أو الشره المرضي في وقت ما وربما قد تصل نسبة من يعانين طوال أعمارهن إلى (٤٠٪). ويقدر أيضاً أن (٣٠٪) من الفتيات بالكليات يعانين أحد أشكال اضطرابات الطعام وأن (١٠٪) من الفتيات في المرحلة الثانوية يعانين فقدان الشــهية. إلا أنه من الصعــب تحديد مدى انتشــار مثل هذه الحالات بدقة؛ وذلــك لأن العديد من الأفراد الذين يعانون اضطرابات الأكل، لاســيما الرجال، يكرهــون الإقرار بحالاتهم. إلا أنه وحتــى إذا أخذنــا بأقل المعــدلات المتاحة نجــد أن هناك ما يقدر بمليــون امرأة في الولايات المتحدة قد عانين اضطراب في الأكل في فترة ما.

وبالمثل، فإن الاعتداء الجنســي هو أيضاً سائد في الولايات المتحدة. وقد أوضحت الدراســات الحديثة أن من بين كل ثلاث ســيدات هناك ســيدة قد تعرضت للاعتداء بوصولها سن البلوغ. وكما هو الحال مع اضطرابات الأكل، قد يكون هناك العديد من حالات الاعتداء الجنســي التي لا يتم تشخيصها. وهذا هو الحال تحديداً مع الرجال في مجتمعنا، إذ إن كلاً من هذه الحالات هي أكثر شيوعاً مما كان يُعتقد في الماضي.

ويبدو الآن أن هناك ارتباطاً قوياً بين اضطرابات الأكل وسجل الاعتداء الجنسي. إذ يُقدر بأن نحو ربع إلى ثلث الإناث البالغات في الولايات المتحدة قد تعرضن للاعتداء الجنسي أثناء طفولتهن. وقال الباحثون والمعالجون بأنه من بين الأفراد الذين يعانون اضطرابات الأكل هناك من (٥٠٪) إلى (٩٠٪) قد تعرض للاعتداء الجنسي أثناء طفولتهم. وعلى الرغم من هذه الأرقام المفزعة لا توجد هناك في حقيقة الأمر أي برامج علاجية تأخذ في الاعتبار العلاقة المتبادلة بين هاتين الحالتين.

البرنامج المقترح:

تصف خطة الأعمال برنامجاً سكنياً يقدم نهجاً علاجياً مبتكراً بالنسبة للأفراد الذين يعانون اضطرابات الأكل أو الاعتداء الجنسي أو مزيجاً من الاثنين معاً في العادة. وقد يعاني العديد من الأفراد أياً من هاتين الحالتين (اضطرابات الأكل أو الاعتداء الجنسي) ولكنهم قد لا يدركون العلاقة بينهما. وقد لا يتم اكتشاف العلاقة بين الحالتين إن لم يتم الانضمام إلى مثل هذا البرنامج.

يقدم البرنامج السكني بديلاً فعالاً من حيث التكلفة لبرامج المرضى الداخليين التقليدية. إن تمضية مدة ستة أسابيع داخل المستشفى تكلف عادةً (٣٠,٠٠٠) دولار أو أكثر، وفي حين أن هناك بعض برامج التأمين التي ستقوم بتغطية جزء من هذه التكاليف، فهناك العديد منها لا يقوم بذلك، وغالباً ما يجد الأفراد أنفسهم مطالبون بسداد مبالغ كبيرة. لن يكون البرنامج السكني أقل تكلفةً من الرعاية للمرضى الداخليين فحسب؛ ولكنه سيكون أيضاً أكثر فعالية من البرامج القائمة المستندة إلى المستشفى.

أهداف البرنامج:

تنطوي مهمة المشروع المقترح على تطوير برنامج إيضاح لعلاج الأشخاص الذين يعانون اضطرابات الأكل التي قد تكون مرتبطة بتاريخ من الاعتداء الجنسي. وقد تم تحديد الأهداف العامة والأهداف الفرعية التالية:

الأهداف قصيرة الأجل:

الهدف الأول	إنشاء برنامج علاجي مبتكر باعتباره عملية قابلة للاستمرار علاجياً ومالياً.
الهدف الثاني	نشر هذا النوع من العلاج من أجل جذب الاهتمام والدعم للبرنامج.

أهداف طويلة الأجل:

الهدف الأول	إنشاء مركز علاجي سكني مخصص للعلاج الفعال للأفراد الذين يعانون اضطرابات الأكل والاعتداء الجنسي وذلك باستخدام نهج حساس للعلاقة بين هاتين الحالتين
الهدف الثاني	صقل فهمنا للرابط بين اضطرابات الأكل أو الاعتداء الجنسي وبالتالي تحسين الأساليب العلاجية المتاحة.
الهدف الثالث	إيجاد أساس لترويج مفاهيم وأساليب هذا النوع من علاج اضطرابات الأكل على أساس قومي ونشر البرنامج على أساس امتياز.

- من أمثلة الأهداف الفرعية الموضوعة وفقاً للهدف قصير المدى لإنشاء برنامج علاجي باعتباره عملية قابلة للحياة مالياً وعلاجياً ما يلي:
- الحصول على منشأة مناسبة وتهيئتها من أجل خدمات أولية في غضون ستة أشهر.
- تحديد العاملين المحتملين والتفاوض معهم من أجل تكملة العاملين الحاليين في غضون ثلاثة أشهر.
- الحصول على جميع التراخيص والتصاريح والشهادات في غضون ثلاثة أشهر.
- التفاوض وإتمام العقد الخاص بخدمات إدارة البرنامج في غضون ثلاثة أشهر.
- تحديد المصادر الرئيسية للإحالة إلى البرنامج في غضون أربعة أشهر والتواصل معها.

السوق المحتملة:

تقتضي أهداف التخطيط أن يتم افتراض أن المقاطعة التي سيتواجد بها المركز العلاجي هي منطقة السوق الأولية. كما سيتم اعتبار منطقة التجارة الطبية المحيطة منطقة الخدمة الثانوية. وتشتمل منطقة السوق الأولية ما يقرب من (٨٧٠,٠٠٠) نسمة. وتشمل منطقة العاصمة (خمس مقاطعات) مليون نسمة، وإذا ما أضفنا إليها بقية منطقة الخدمات الطبية المحيطة فستشتمل على حوالي مليوني نسمة.

وحيث إنه لا يوجد إجماع في الآراء حول الانتشار الدقيق لاضطرابات الأكل أو الاعتداء الجنسي، أو حتى الأرقام الأقل دقة حول الانتشار بالنسبة للحالتين مجتمعتين فمن الصعب إنشاء تقديرات دقيقة للسوق. ومع ذلك، واستناداً إلى الإحصاءات

الرســـمية حول الاعتداء الجنســـي وحده، يقدر أنه في منطقة الســـوق الأولية هناك أكثر من (٣٨,٠٠٠) من الإناث اللاتي تراوح أعمارهن بين الواحد والعشـــرين والتاسع والثلاثين قد مررن بتجربة الاعتداء الجنســـي في طفولتهن. وإذا ما نظرنا إلى عدد الســـكان الذيـــن يعتقد أنهم يعانـــون اضطرابات الأكل، نجد أن هنـــاك (٥,٢٠٠) من الإناث في ســـن الجامعة ينتمين إلى هذا الفئة، وذلك جنباً إلى جنب مع ما يقرب من (٥,٠٠٠) من الســـكان في ســـن التعليم الثانوي. وهكذا، فإذا تم احتساب الإناث في بعض الفئات العمرية اللاتي تعرضن للاعتداء الجنســـي أثنـــاء فترة الطفولة وكذلك الإناث في بعض الفئات العمرية اللاتي يعتقد أنهن يعانين اضطرابات الأكل، فستصل الســـوق المحتملة في منطقة السوق الأولية وحدها إلى حوالي (٥٠,٠٠٠) نسمة. وإذا ما نظرنا إلى الأمر من زاوية أخرى، نجد أنه إذا كان (٢٠٪) من السكان الإناث اللاتي تراوح أعمارهن ما بين (١٥) إلى (٣٩) ســـنة قد عانين اضطرابات في الأكل أو مررن بتجربة اعتداء جنســـي فستصل الســـوق المحتملة إلى (٣٤,٠٠٠) فرد. واستناداً إلى نسبة معقولة بين الذكور والإناث من حيث الانتشار، يمكن عندئذ إضافة عدد إضافي قدره (٨,٠٠٠) إلى (١٠,٠٠٠) من الذكور إلى هذا العدد.

ينبغـــي تعديل هذه التقريبات الخاصة بالســـوق المحلية وذلك لتعكس خصائص معينة للســـكان المحليين. هذا ولأن تكاليف علاج اضطرابات الأكل باهظة يُتوقع ألا يشارك في البرنامج التقليدي ســـوى القليل من الأشـــخاص الذين ليس لهم تأمين صحي وليس لهم المقدرة على دفع ثمن العلاج من جيوبهم. وعلاوةً على ذلك، فقد اشـــتهر عن غير البيض أنهم لـــم ينجذبوا إلى هذا النوع من البرامج، هذا ولكي يكون المرء متحفظاً للغاية، يمكنه أن يضبط السوق المحتملة لتعكس أهمية السكان ذوي الدخول المنخفضة و/أو غير البيض داخل منطقة الخدمة الأساسية. بالإضافة إلى ذلك، قد يرغب البرنامج في قصر عملائه في بعض الفئات العمرية، أو في النساء بالنسبة للبرنامج السكني. وبعد القيام بالتعديل، يجب أن يكون هناك سوق يراوح ما بين (٢٥,٠٠٠) إلى (٣٠,٠٠٠) مريض.

لـــن يكـــون من غير المعقـــول أن تتم إضافة ســـكان مرضى محتملـــين يصلون إلى (١٠,٠٠٠) فـــرد (غير المعدلة للخصائـــص الديموغرافية) في المســـاحة المتبقية من منطقـــة العاصمة و(١٠,٠٠٠) آخرين مـــن المرضى المحتملين غير المعدلين من منطقة الخدمة الطبية خارج منطقة السوق الأولية. وبالتالي، وحتى لو اتضح أن هذه الأرقام كانت مبالغاً فيها، فمن الواضح أن هناك ســـوقاً ملائماً لهذا النوع من البرامج موجود في منطقة السوق.

الأساليب العلاجية القائمة:

بدأ العديد من المهنيين في إدراك أن كل اضطراب في الأكل، وأن كل مريض، ينبغي أن يعامل على أنه حالة فريدة من نوعه. ينطوي العلاج في العيادات الخارجية عموماً على العلاج النفسي الفردي ولكنه قد يشمل أيضاً الأسرة، وخاصةً في حالة المريض الأصغر سناً. ومن المهم أن يتم التعرف على أنماط التفاعل الكامنة وأن تتقبل الأسرة المساعدة في تغييرها.

وعادة ما يكون العلاج في المستشفيات مطلوباً إذا ما وصل فقدان الوزن إلى مستوى الخطر - أي بنحو (٢٥٪) أو أكثر دون الوزن الطبيعي. ويمكن في معظم الحالات استعادة الوزن من خلال مزيج من العلاج النفسي وتعلم أنماط جديدة لسلوك الأكل. إن زيادة الوزن وحدها لن تحل المشكلة؛ لذا يجب التعامل مع القضايا الرئيسية أولاً. وفي كثير من الأحيان يمتثل المرضى الذين يعانون اضطرابات الأكل لقواعد المستشفى إلى أن تزيد أوزانهم بما يكفي ليتم تركهم، ولكنهم لا يلبثوا أن يعودوا إلى اتباع نظام حمية خطيرة وفقدان الوزن.

وعلى الرغم من تطوير عدد من برامج إدارة الوزن وتسويقه وطنياً، لا يوجد جهد على الصعيد الوطني فيما يتعلق باضطرابات الأكل بشكل عام واضطراب في الأكل/ متلازمة الاعتداء الجنسي على وجه الخصوص. يوجد عدد قليل من البرامج في منطقة السوق التي تدعي التعامل مع اضطرابات الأكل. ومع ذلك، فإن علاج اضطراب الأكل لم يشهد تطوراً كبيراً، وليس هناك برنامج موجود يؤكد العلاج الذي يأخذ في اعتباره الاعتداء الجنسي السابق، وفي حين أن هناك مجموعة متنوعة من البرامج التي تقدم علاج الاعتداء الجنسي، فإنها لا تستهدف عادةً اضطرابات الأكل.

لا يوجد في الوقت الحالي برامج للمرضى الداخليين تعمل داخل منطقة السوق، كما أنه ليست هناك أي برامج للعلاج الداخلي لهذه الأنواع من المشكلات. وقد توقف البرنامج الوحيد للمرضى الداخليين الذي تم تقديمه في المنطقة في فترة الثمانينيات بسبب تدني مستوى سداد تكاليف الرعاية للمرضى الداخليين. كما أنه لا يوجد هناك من برامج المرضى الخارجيين القائمة ما يبدو أنها استولت على حصة كبيرة من السوق؛ لذا فإن من الصعب تقييم جودة أو مدى قبول أو نجاح البرامج الموجودة وذلك لأنها عملت بشكل متقطع مع القليل من المتابعة على مرضاها.

آليات التمويل القائمة:

لم تكن اضطرابات الأكل تتم تغطيتها على نطاق واسع من قبل شركات التأمين في السابق. وعادةً ما كانت كبرى شركات التأمين فقط (مثل Prudential ،Equitable، و Metropolitan) هي التي كانت تقدم هذا النوع من التغطية، وعندما كان يتم تقديمها، كانـت تتم بصورة حصرية تقريباً من خلال الخطط التي يرعاها أرباب العمل. أظهر استعراض للممارسـات القائمة عمليات سداد محدودة جداً محلياً لعلاج اضطرابات الأكل. كما أن التغطية التأمينية لتلقي العلاج من الاعتداء الجنسـي في السابق كانت متاحـة في بعض الأحيـان، ولكن غالباً ما كان يصعب تبرير السـداد؛ لذا فإن معظم الخطط الصحية لا تقدم التغطية لعلاج اضطرابات الأكل أو الاعتداء الجنسي.

كانت البرامج المسـتندة إلى المستشفى تواجه صعوبة في قبول المرضى للعلاج من اضطرابات الأكل بسـبب قلة التغطية. وكان أحد الأسـاليب يتمثل في الحصول على تشـخيص الاكتئاب واستخدامه باعتباره أساساً للقبول. وحتى مع ذلك، فإنه من غير المرجح أن يقوم العديد من الخطط الصحية بتغطية الرعاية للمرضى الداخليين لهذه الحالات في المستقبل.

يشـير الوضع بالنسبة للسـداد إلى أن المدفوعات التي ستأتي من جيوب المرضى سـتكون المصدر الرئيسي للدخل بالنسـبة لبرنامج كهذ البرنامج. ويفترض التحليل المالي أن (٨٠٪) من عائدات البرنامج سوف تأتي مباشرةً من المرضى وأسرهم. هذا هـو الوضع الطبيعي إلى حد ما للبرامج من هذا النـوع، وإذا ما تم النظر في الحالة الاجتماعيـة الاقتصاديـة للكثير من المتضررين، فإنه ليس مـن غير المعقول أن نتوقع سوقاً كافية على استعداد للدفع من جيوبهم.

وقد عقدت مناقشـات مع كبرى شركات التأمين الصحي في منطقة السوق، وكان هناك تأييد عام لبرنامج فعال من حيث التكلفة والذي من شأنه أن يعالج اضطرابات الأكل والأسـباب الكامنـة وراءه. وشـركات التأمين غالباً ما تقوم بسـداد التكاليف للمسـجلين لجراحات تدبيس المعـدة المكلفة و/أو محاولات كثيفة لاسـتخدام الموارد الأخرى للسـيطرة على الوزن. ويبدو أن أي دليل علـى النجاح قد يفتح الأبواب أمام رغبة أكبر لتوفير المزايا التأمينية للبرنامج. وبدا أيضاً أن برنامج تعويضات العاملين في الولايـة يعد مصدراً محتملاً للسـداد، نظراً للتكلفة التـي يتحملها أرباب العمل للعمال الذين يعانون هذه المشـكلات. لقد كان هذا مصدر تغطية في ولايات أخرى، ويتم استكشاف إمكانية تحقق ذلك لهذا المشروع.

مصادر الإحالة القائمة:

يتبع الأفراد أنواعاً مختلفة من المسارات لكي ينضموا إلى برامج معالجة اضطراب الأكل. وشمل أنماط الإحالة الأكثر شيوعاً أطباء الرعاية الأولية الذين يتعرفون فوراً على الاضطراب في الأكل و/أو مشكلة الاعتداء الجنسي ويقومون بالإحالة إلى البرنامج المناسب (إذا كان بإمكانهم العثور على واحد). وفي كثير من الأحيان، يحاول أطباء الرعاية الصحية الأولية علاج مثل هؤلاء المرضى، وبعد تحقيق نجاح محدود، يقومون بإحالتهم إلى الموارد الأكثر ملاءمة. كما أن مقدمي الخدمات الصحية العقلية يمثلون مصدراً آخر للإحالات. وكثيرٌ منهم ليسوا على استعداد لعلاج اضطرابات الأكل أو الاعتداء الجنسي، وهم على استعداد لإحالة مرضاهم إلى الخبراء في هذه المجالات.

هناك العديد من حالات الإحالة الأخرى المتوقعة من المستشارين والأخصائيين الاجتماعيين وغيرهم من المهنيين الذين يتعاملون مع الأفراد الذين يعانون هذه المشكلات ولكن ليس لديهم الموارد الكافية لإدارة المرضى. هناك مجموعة كبيرة أخرى من المرضى الذين يُتوقع أن تتم إحالتهم ذاتياً. فالعديد من هؤلاء المرضى سيكونون قد حصلوا على علاج لحالتهم دون أي تحسن ملموس. ومن أمثلة هذه الحالات الأفراد المصابين سوف يذهبون إلى أبعد مدى من أجل الحصول على أي علاج يعطي أملاً.

لدى مديرة البرنامج الفرصة السانحة للاستفادة من المصادر الرئيسية للإحالات. وهي معروفة داخل مجتمع الصحة السلوكية ولديها اتصالات واسعة بين كل من مقدمي خدمات الصحة العقلية في القطاعين العام والخاص. وقالت إنها أيضاً على اتصال جيد داخل مجتمع الأطباء، وليس فقط من خلال أفراد الأسرة، لكن من خلال الخدمات السابقة التي قدمتها لأطباء الإحالة.

بنية البرنامج:

سيقوم البرنامج المقترح بمعالجة المرضى في بيئة داخلية، بدلاً من بيئة المستشفيات التقليدية. ففي البرنامج الداخلي، سيمكث المشاركون لفترة ثلاثة أشهر وتليها ثلاثة أشهر من الرعاية اللاحقة. كما أنه سيتم تشجيع المشاركين على تلقي الدعم المتواصل من خلال لقاءات مع مجموعة غير معلومة الهوية ممن يفرطون في الطعام و/أو مجموعات الناجين من سفاح القربى إذا ما كان ذلك مناسباً. وخلال فترة الثلاثة

أشـــهر من الإقامة، سيتم تشـــجيع المرضى على بدء العمل لجزء من الوقت أو حضور المدرسة عندما يصبحون مستعدين.

ويشـــمل العلاج النصح الفردي، والعـــلاج الجماعي والحلقات الدراســـية وتعديل الســـلوك والتأمل والعلاج الجماعي للأسرة وممارســـة علم وظائف الأعضاء والنصح الخاص بالتغذية، وتمارين صورة الجســـم والدراما النفسية. وسوف تتم معاملة جميع المرضـــى على أنهـــم أفراد فريدون مـــن نوعهم، وأن كل واحد منهم يســـير في عملية التعافي الخاصة به. هذا ولأن هذا البرنامج العلاجي يركز على الاعتداء الجنســـي، فمن المهم أن يتم التعامل مع هذه المسألة بشكل مناسب.

طاقم عمل البرنامج:

ســـيكون البرنامج الداخلـــي تحت إدارة مدير البرنامج والمديـــر الطبي. كما أن العملاء الذين ينضمون إلى البرنامج ســـيتم إحالتهم إلى فريق علاجي. وســـيتألف الفريق من طبيب وأخصائي اجتماعي وأخصائي نفســـي وخبير تغذية وعضو هيئة التمريض. وســـيكون الفريق العلاجي مســـئولاً عن وضع خطـــة علاج مكتوبة لكل عميل.

وتشـــارك معظم العاملـــين الأوليين بالفعل مع مدير البرنامـــج بطريقة أو بأخرى. وأمكن البدء في البرنامج فوراً مع احتياج محدود لتوظيف أفراد إضافيين. ومع ذلك، ســـوف يتم تحديد أعضاء طاقم العمل المحتملين وســـيتم الإبقاء عليهم إلى أن يصبح توظيفهم أمراً ضرورياً.

خطة التسويق:

لقـــد تم بالفعل إكمال الكثير من العمل الخاص بخطة التســـويق الأولية للبرنامج. ويشـــمل هذا العمل: تحســـين الفهم حول الطلب على المســـتويات المحلية والإقليمية والقومية؛ ضبط هذه الأرقام لمختلف عوامل التعديل لتصل إلى الطلب الفعال، وتحديد وتقييم البرامج القائمة التي يحتمل أن تكون منافســـة، وتحديد الحصة السوقية التي يمكن أن يتم اقتناصها وربط ذلك بعتبة نجاح برنامج اضطرابات الأكل، وجمع البيانات الإضافية المطلوبة لترسيم السوق بوضوح والطريقة التي تجري بها خدمته. وسيشمل هـــذا بالتأكيد دراســـة الاتجاهات القائمـــة والتصورات الخاصـــة بالمرضى والمرضى المحتملين فيما يتعلق بالبرامج القائمة وأساليب المعالجة.

عند القيام باختيار العملاء، سـيتم إعطاء الأولوية للأفـراد الذين لديهم التغطية التأمينية لاضطرابات الأكل. ثانياً، سـيتم استهداف المرضى الذين لديهم القدرة على السداد من جيوبهم لهذه الخدمات. ومع ذلك، فإن هذا التركيز يهدف في المقام الأول إلى ضمان السلامة المالية للبرنامج ولا يسعى إلى استبعاد أي فرد في حاجة إلى هذه الخدمات، وإذا ما أجاز التدفق النقدي ذلك، سيقوم البرنامج باستهداف الأفراد الأقل قدرة على الدفع، كما أن نفقاتهم ستتلقى دعماً مالياً من المرضى الذين يدفعون بشكل أفضل أو ستتلقى دعماً من التمويلات الخارجية بدلاً من ذلك.

وسيتم تطوير مكون خطة تسويقية منفصل لكل من فئات السكان المستهدفة، إذ إن الأسواق المستهدفة منها تتطلب مناهج مختلفة. سوف توضح مناقشة المزيج التسويقي الأنواع المختلفة من التسويق المناسبة لمختلف الأهداف.

يتعين أثناء عملية التخطيط اتخاذ قرارات فيما يتعلق بالمزيج الترويجي الذي سيتم اسـتخدامه. ومن المتوقع اسـتخدام مجموعة متنوعة من الأساليب، كما يجب تنقيح قائمـة بالخيارات وتحديد أولوياتها. ومن المحتمـل أن تكون الميزانية المتاحة للترويج بمثابـة عامل في المزيج الترويجي والعكس صحيح. وتشـمل الخيـارات التي يجري النظر فيها حالياً ما يلي:

- إقامة علاقات الإحالة:

  الخدمات الطبية / الاجتماعية.

  تحالفات أرباب العمل /صاحب العمل.

  شركات التأمين.

- التواصل مع المجتمع المحلي:

  إعلانات الخدمة العامة.

  العروض المجتمعية.

  المعارض الصحية.

- المشاركة المهنية:

  العروض التوضيحية في المؤتمرات.

  العروض في المؤتمرات.

البريد المباشر.

المحيلين المحتملين.

الأفراد.

- وسائل الإعلام والإعلان:

وسائل الإعلام التقليدية المطبوعة.

الراديو.

التلفزيون.

الصفحات الصفراء.

- إنتاج النشرة الإخبارية.

- إنتاج الفيديو / الشريط الصوتي.

وبغض النظر عن المزيج الترويجي النهائي، يتعين التحضير لمجموعة متنوعة من المواد الترويجية. وعلى أقل تقدير يجب تقديم كتيبات ذات معنى. ينبغي أن يكون هناك نوعين على الأقل من الكتيبات المختلفة، واحد للمحيلين المحتملين وواحد للأفراد. وهذا سوف يتطلب بعض المدخلات الإبداعية ونفقات الإنتاج التقني. وينبغي وضع شعار والتفكير في العوامل الأسلوبية التي ستتشابك في جميع أنحاء المواد.

إن استخدام خبير استشاري للتسويق سيكون أمراً ضرورياً، على الأقل في المراحل الأولى من تطوير البرامج، وذلك من أجل الإسهام في التخطيط التسويقي. لقد تم التعرف على استشاري متخصص في مجال الرعاية الصحية لتقديم هذا الدعم. ومن الممكن أيضاً أن يكون المستشفى التابع قادر على توفير بعض الدعم التسويقي عند تفعيل البرنامج.

الاحتياجات من الموارد:

يعرض الملحق (غير مدرج) قائمة مفصلة للاحتياجات من الموارد اللازمة لبدء التشغيل والعمليات، يغطي هذا القسم معلومات عن متطلبات المنشآت والتجهيزات والمعدات وطاقم العمل والمواد والإمدادات، والنفقات العامة والتكاليف والموارد والتسويق.

الاعتبارات القانونية:

هناك عدد من المسائل القانونية التي يتعين التعامل معها في إنشاء وتشغيل مراكز العلاج الداخلية. فعلى الرغم من أن شهادة الحاجة بالولاية ليس أمراً مطلوباً، فهناك عدد من التراخيص والشهادات التي تتطلبها الولاية والأجهزة المحلية. كما يجب معالجة القضايا المتعلقة بالسرية الخاصة بالمريض، وسوء التصرف، والاعتبارات الخاصة بالمسئولية.

تم إشراك محام يتمتع بخلفية واسعة حول هذا النوع من المشاريع من بداية الفكرة وسوف يواصل تقديم المدخلات الجارية في مجالات خبرته أثناء سير المشروع.

التحليل المالي:

هناك بيانات مالية مفصلة معروضة في الملحق (غير المدرج) بما في ذلك بيانات شكلية لخمس سنوات. هذه الوثائق تفصل مصادر الإيرادات ومصاريف البدء للسنوات الخمس الأولى من العمليات. وكما هو مبين من هذه المواد التكميلية يمكن للحد الأدنى من اختراق السوق أن ينشئ حجم برنامج كبير. وحتى عندما تكون الأسعار أقل بكثير من رسوم المرضى الداخليين التقليدية، فإن هذا يمثل فرصة تجارية كبيرة.

الجدول الزمني للتطوير:

يشتمل أيضاً الملحق (غير المدرج) على خطة تفصيلية للمشروع تحدد متطلبات بدء التشغيل وتحمل البرنامج خلال السنوات الخمس الأولى من التشغيل. وتشمل خطة المشروع التفاصيل الخاصة بالمسئوليات والاحتياجات من الموارد، وتسلسل المهام، والمعايير التي ستستخدم لقياس التقدم المحرز.

مواد الملحق:

يتم تضمين المقاطع التالية في الملحق (ولكن لا يتم نسخها هنا)

- وصف المنشأة المقترح (بما في ذلك الخطط التصورية للمساحة).
- السير الذاتية والمؤهلات الخاصة بمدير البرنامج وغيره من العاملين الرئيسيين.

- المؤهلات الخاصة بمستشار الإدارة.
- البيانات المالية.
- خطة المشروع.
- خطة تسويق مفصلة.

المترجمة في سطور

أ. سهير عبدالرحمن أحمد هجرس

المؤهل العلمي:

- ماجستير العلوم الصيدلانية، تخصص الميكروبيولوجيا والمناعة، كلية الصيدلة، جامعة القاهرة، مصر.

الوظيفة الحالية:

- مدرس مساعد وباحث بمركز بحوث وتكنولوجيا الإشعاع بهيئة الطاقة الذرية المصرية.

الأنشطة العلمية والعملية:

- شاركت في العديد من المؤتمرات واللقاءات العلمية المحلية والدولية.
- قامت بتنفيذ العديد من الحلقات العلمية حول آليات مقاومة عدوى المستشفيات.
- شاركت في ترجمة العديد من المؤلفات والبحوث والدراسات الصحية لعدد من المؤسسات والمنظمات العربية والدولية.
- نشر لها عدد من البحوث العلمية في المجلات العالمية المتخصصة.

مراجع الترجمة في سطور

الأستاذ الدكتور فريد توفيق محمد المحمود نصيرات

الوظيفة الحالية:

- أستاذ دكتور إدارة أعمال، كلية الأعمال / الجامعة الأردنية

المؤهل العلمي:

- دكتوراه إدارة وسياسة صحية، جامعة كورنل - اثيكا - نيويورك - الولايات المتحدة الأمريكية ١٩٨٩م.

أبرز الأنشطة العلمية:

- كتــاب إدارة منظمات الرعاية الصحية، بدعم من الجامعة الأردنية، عمادة البحث العلمي، الجامعة الأردنية، ٢٠٠٣.
- كتاب إدارة المستشفيات، إثراء للتوزيع والنشر، عمان، الأردن، ٢٠٠٨.
- دراسة حول " إدارة وتنظيم مستشفى الجامعة الأردنية"، بتمويل من المنظمة العربية للعلوم الإدارية، عمان - الأردن، ١٩٨١.
- دراسة " إدارة وتنظيم مستشفى النهضة " سلطنة عمان، بتمويل من المنظمة العربية للعلوم الإدارية، ١٩٨٢.
- دراســة مشتركة " إدارة وتنظيم مستشفى حمد" في دولة قطر، بتمويل من المنظمة العربية للعلوم الإدارية، ١٩٨٤.
- دراســة مشتركة " إدارة وتنظيم مستشــفى الملك فهد" بجدة في المملكة العربية السعودية، بتمويل من المنظمة العربية للعلوم الإدارية، عمان - الأردن ،١٩٨٤.
- المستشفى العام وصحة المجتمع دوره ومسؤولياته " المجلة العربية للإدارة، المنظمة العربية للعلوم الإدارية، عمان - الأردن المجلد ٩، عدد ٤، ١٩٨٥.
- مشــاركة المواطن في تخطيط وإدارة الخدمات الصحية " ،بحث مشــترك مجلة الإداري، مجلد ١، مسقط - سلطنة عمان، ١٩٨٦.
- معايير المرضى في اختيار المستشفى الخاص في الأردن "، أبحاث اليرموك، سلسلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، مجلد، ١٤، عدد١، ١٩٩٨.
- واقع وأنشطة التسويق في مؤسسات الخدمات الصحية في الأردن"، مؤتة للأبحاث، مجلد ١٢، عدد ١، ١٩٩٧.

- مصادر شكوى المرضى من الخدمات الاستشفائية في القطاع الخاص الأردني، مجلة دراسات، سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية ،الجامعة الأردنية، مجلد ٢٦، عدد١ ، ١٩٩٩.
- مدى التباين في الممارســات التسويقية على أســاس إنتاجية المستشفيات"، مؤته للأبحاث سلسلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، مجلد ١٢، عدد ٤، ١٩٩٨.
- مكونــات جودة الخدمات الاستشــفائية: دراســة مقارنة من وجهة نظــر المرضى ومدراء المستشفيات "، مجلة العلوم الإدارية، جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية، مجلد ١٢، عدد ١، ٢٠٠٠.
- العوامل المؤثرة على قرار أطباء الاختصاص في اختيار المستشفى كمكان للممارسة الطبية في القطــاع الخاص الأردني، مجلة العلوم الإدارية، جامعة الملك ســعود، المملكة العربية السعودية، مجلد ٢، عدد ١، ٢٠٠١.
- تأثيــر عناصر المزيج التســويقي على قــرار اختيار المرضى العرب للمستشــفيات الأردنية للعلاج الطبي" مجلة العلوم الإدارية في دراســات، الجامعة الأردنية مجلد ٣١ العدد ٢، ٢٠٠٤.
- تقييم الوضع التمريضي في الأردن: القضايا الحالية والمستقبلية والاستراتيجيات المطلوبة" مجلة العلوم الإدارية ، الجامعة الأردنية، مجلد ٣٣، العدد ٢، ٢٠٠٦.
- إدارة الجودة الشاملة وكفاءة الأداء التنظيمي: دراسة مستشفيات القطاع الخاص الأردني، مجلة العلوم الإدارية، دراسات، الجامعة الأردنية، مجلد ٣٤، العدد ٢، ٢٠٠٧.
- استشــارة حول "تحسين كفاءة الخدمات الطبية العلاجية" مقدمة لوزارة الصحة، أبو ظبي في الإمارات العربية المتحدة، نيسان، ١٩٨٥.
- استشــارة "إعادة تنظيم مستشــفى الخرطــوم التعليمي" الخرطوم، جمهورية الســودان، ١٩٨٢.
- استشــارة حول "تحسين أنظمة الســجلات الطبية في المستشفيات العسكرية السودانية"، الخرطوم ،جمهورية السودان، ١٩٨٣.
- استشارة " إعادة تنظيم الوكالة الإسلامية للإغاثة، عمان، الأردن، ١٩٩٣.

تصميم وإخراج وطباعة
الإدارة العامة للطباعة والنشر بمعهد الإدارة العامة - ١٤٣٦هـ

هذا الكتاب

يُعد الكتاب إضافة علمية جديدة في حقل الرعاية الصحية، فهو يتبنى توجهاً جديداً في مجال التخطيط الصحي يستهدف دراسة الأفكار والرؤى ومن ثم تحديد الأهداف فضلاً عن الاستفادة من القدرات والإمكانات المتوافرة والعمل على تنمية هذه المهارات واستثمار البيانات والمعلومات ليكون ذلك سبيلاً لإنجاح العملية الإدارية في المؤسسات الصحية.

ولا يقتصر الكتاب على تحديد المفاهيم الأساسية للتخطيط الصحي والوقوف على أهدافه وغاياته على المستوى النظري بل يطرح الرؤى ويقدم الأفكار ويناقش المشكلات ليصل بذلك إلى الحلول بشكل عملي. والكتاب بذلك يساعد القارئ على فهم واستيعاب المفاهيم الأساسية لعملية التخطيط ويقدم رؤى مفصلة عن كيفية تطوير الخطط التي تستهدف خدمة المجتمع بوجه عام وخدمة نظام الرعاية الصحية بوجه خاص.

والكتاب يضع القارئ أمام ذلك السياق الثقافي والاجتماعي لمفهوم التخطيط الصحي، كما يتعرض لطبيعة الطلب على الخدمات الصحية ويحدد الخطوط العريضة للتخطيط الصحي ويؤسس لهذا العلم نظرياً وعملياً. كما أن الكتاب يولي اهتماماً خاصاً بالبيانات والإحصائيات وبضرورة استخدام التقنيات الحديثة التي تمكن المختصين من القيام بعمليات الحصر والتصنيف والاستنباط ومن ثم الخروج بالنتائج بسهولة وإتقان.



9960142361

تصميم وإخراج وطباعة الإدارة العامة للطباعة والنشر - معهد الإدارة العامة ١٤٣٦هـ